

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Lenka Navrátilová

**Efektivita kognitivně-behaviorální terapie v denním stacionáři u
pacientů s úzkostnými poruchami.**

**Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in day care center
for anxiety disorders in adults.**

Praha, 2016

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Marek Preiss, PhD.

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, panu doc. PhDr. Marku Preissovi, PhD., který mi byl po dobu práce na výzkumu i samotném psaní vždy ochoten poradit a i přes značné peripetie na mé straně byl vždy připraven pomoci. Také bych ráda poděkovala výzkumné pracovníci z Národního ústavu duševního zdraví, slečně Mgr. Jindře Pitákové, se kterou jsem spolupracovala na výzkumné části a jejíž předchozí odborná práce mi byla inspirací.

Dále bych ráda poděkovala své rodině, která mi byla oporou nejen během psaní této práce, ale i v průběhu celého vysokoškolského studia i v letech předchozích.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Prohlašuji, že odevzdaná elektronická verze bakalářské práce je identická s její tištěnou podobou.

V Praze dne

.....

Lenka Navrátilová

Abstrakt:

Cílem práce je zmapovat praxi péče o pacienty s úzkostnou poruchou v denním stacionáři Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) a zanalyzovat její efektivitu. Ta byla měřena pravidelně administrovanými dotazníky: Beckovou sebesuzovací škálou úzkosti (BAI) a deprese (BDI) a Dotazník kvality života (WHOQoL), dále také strukturovaným rozhovorem s pacienty a dotazníkem, ve kterém měli pacienti popsat svá očekávání od léčby a následně zhodnotit, jak byla tato očekávání naplněna.

Součástí práce je také popis týdenního programu ve stacionáři a kazuistika jednoho z pacientů s úzkostnou poruchou.

Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že došlo k velkému snížení projevů úzkosti (BAI) – o 49,74%, respektive deprese (BDI) o 41,34% a také ke zlepšení hodnocení vlastního života (WHOQoL) o 28,20%. Ve strukturovaných rozhovorech i dotazníkovém šetření pacienti popsali zlepšení svého stavu díky použité léčebné metodě.

Výsledky této práce dávají drobný vhled do problematiky hodnocení efektivit metody KBT u této skupiny pacientů a je možné je využít jako inspiraci do dalšího výzkumu v této oblasti, zvláště rozsáhlejšího výzkumu, hodnotícího léčebný efekt této metody v dlouhodobém časovém měřítku.

Klíčová slova:

kognitivně-behaviorální terapie, efektivita, úzkostné poruchy, léčba

Abstract:

The aim of this bachelor thesis is to chart the treatment practice in patients with anxiety disorders in day care center and analyze its effectiveness. The effectiveness was measured by questionnaires, that was administrated regularly. It was Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and the WHO Quality of Life as well as the structured interviews with the patients and questionnaires in which the patients were asked to describe their expectations from the treatment and once it is finished, to evaluate how these expectations were fulfilled.

The thesis includes also a description of the weekly routine in the day care center and a case-study of one patient with anxiety disorder.

The result of the research made for this thesis shows that during the treatment in the day care center the symptoms of anxiety and depression decreased of 49,74% for anxiety (BAI) and of 41,34% for depression (BDI). It shows also the improvement in the evaluation of the quality of life of 28,20%. During the structured interviews as well as in the evaluation questionnaires the patients claimed that the CBT method used in the day care center helped them to reduce their troubles.

The result of this thesis gives a small insight into the evaluation of effectiveness of CBT method in this group of patients and it is possible to use it as an inspiration for further research in this field, especially for a wider research, which would evaluate the treatment effect of this method in a longer period of time.

Keywords:

Cognitive-behavioral therapy, effectiveness, anxiety disorders, treatment

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
A. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Úzkostné poruchy	12
1.1. Průběh a prognóza	12
1.2. Historický vývoj přístupu k úzkostným poruchám	13
2. Dělení úzkostných poruch	17
2.1. Obsesivně-kompulzivní porucha (OCD)	19
2.1.1. Diferenciální diagnostika	19
2.1.2. Komorbidita	20
2.2. Smíšená úzkostně-depresivní porucha	20
2.2.1. Diferenciální diagnóza	21
2.2.2. Komorbidita	21
2.3. Agorafobie	22
2.3.1. Diferenciální diagnóza	22
2.3.2. Komorbidita	23
2.4. Sociální fobie	23
2.4.1. Diferenciální diagnóza	24
2.4.2. Komorbidita	24
2.5. Panická porucha	25
2.5.1. Diferenciální diagnóza	25
2.5.2. Komorbidita	26
2.6. Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)	26
2.6.1. Diferenciální diagnóza	27
2.6.2. Komorbidita	28

3.	Léčba úzkostných poruch	28
3.1.	Farmakoterapie	28
3.2.	Kognitivně- behaviorální terapie	29
3.2.1.	Kognitivně-behaviorální model sociální fobie	29
3.2.2.	Diagnostický postup a vyšetření.....	30
3.2.3.	KBT	31
4.	Denní stacionář úzkostných poruch Národního ústavu duševního zdraví.....	35
B.	EMPIRICKÁ ČÁST	38
5.	Demografické údaje pacientů	38
5.1.	Věk.....	38
5.2.	Pohlaví	39
5.3.	Rodinný stav	39
5.4.	Vzdělání	40
5.5.	BMI.....	40
5.6.	Primární diagnóza, komorbidní poruchy a přidružené poruchy osobnosti	40
5.7.	Komorbidita	41
5.8.	Diagnóza v dětství, rodinná psychiatrická anamnéza	41
5.9.	Doba psychiatrické léčby, předchozí intervence a typ současné intervence	42
6.	Strukturované rozhovory	43
6.1.	Důvěra v KBT a motivace k uzdravení	43
6.2.	Partnerské vztahy	43
6.3.	Bydliště	44
6.4.	Koníčky.....	44
6.5.	Domácí mazlíček	44
6.6.	Vztah k autoritám.....	44
6.7.	Profesní zaměření, práce a profesní rozvoj.....	45
6.8.	Rozdělení času a preferencí	45

6.9. Sebehodnocení	46
7. Testové metody	46
8. Očekávání od intervence a její zhodnocení	48
8.1. Zhodnocení	49
9. Kazuistika – pan Petr	49
9.1. Úvod.....	49
9.2. Příjmová vyšetření	49
9.3. Léčba ve stacionáři	51
9.4. Petrův životopis	53
9.5. Další dokumenty	54
9.6. Cíle léčby	55
9.7. Výsledky léčby	57
C. DISKUZE	58
Závěr	61
Seznam použité literatury	63
Online zdroje	64
Přílohy	65

Seznam použitých zkratk

BAI	Beckova škála úzkosti (<i>Beck Anxiety Inventory</i>)
BDI	Beckova škála deprese (<i>Beck Depression Inventory</i>)
BMI	Body mass index
GAD	Generalizovaná úzkostná porucha (<i>Generalized anxiety disorder</i>)
IMAO	Inhibitory monoaminoxidázy
KBT	Kognitivně- behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
OCD	Obsesivně-kompulzivní porucha (<i>Obsessive compulsive disorder</i>)
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
RIMA	Reversibilní inhibitory monoaminoxidázy
WHOQoL	Dotazník kvality života světové zdravotnické organizace (<i>The World Health Organization Quality of Life</i>)

Úvod

Popudem k sepsání této práce byla snaha zmapovat efektivitu péče o pacienty s úzkostnou poruchou, kteří se léčí v denním stacionáři 1 Národního ústavu duševního zdraví. Na výzkumu jsem spolupracovala s výzkumnou pracovnící NUDZ, slečnou Mgr. Pitákovou, která již provedla retrospektivní výzkum, jež zkoumá, jak pacienti hodnotí svůj stav jeden rok od léčby v tomto stacionáři. Z jejího odborného článku, kde tento výzkum popisuje, jsem vycházela i při psaní této práce. Sběr dat jsem prováděla v rámci dlouhodobé stáže v NUDZ, kde jsem pomáhala s rozsáhlejším výzkumem na toto téma.

Denní stacionář 1 NUDZ využívá metody kognitivně-behaviorální terapie (KBT). V rámci sedmitýdenního programu se pacienti učí zvládat své úzkostné stavy a jiné nepříjemné pocity vycházející z jejich nemoci, získávají rozsáhlé informace o svém onemocnění a učí se plánovat svůj čas. Po dobu trvání stacionáře je skupina uzavřená. Část pacientů je hospitalizovaná na lůžkové části NUDZ, část do stacionáře dochází. V průběhu programu jsou jim každý týden administrovány dotazníky Beckova sebeposuzovací škála úzkosti (BAI) a deprese (BDI) a na začátku a na konci také dotazník kvality života (WHOQoL). Těmito dotazníky se měří individuální pokrok a vývoj stavu pacienta.

Při výzkumu jsem zpracovávala výše zmíněné testy, které jsou součástí lékařské dokumentace pacientů. Nad to jsem pacientům na začátku programu administrovala dotazník, zkoumající jejich očekávání a na závěr hodnocení spokojenosti s programem a jeho výsledky a také jsem provedla individuální strukturované rozhovory. Snažila jsem se vyvážit potřebu získat maximum informací a zároveň snahu pacienty nezahltit množstvím testů. Samotný program je pro pacienty velmi náročný. Specifikem NUDZ, který funguje také jako výzkumné a vzdělávací pracoviště, je, že zde probíhá celá řada výzkumů na poměrně malém vzorku pacientů a také jsou terapeutické programy hojně navštěvované studenty medicíny a psychologie v rámci odborných stáží. To mohou někteří pacienti pociťovat jako rušivé a vyčerpávající.

V rámci výzkumu jsem jednak zpracovávala údaje, které jsem získala z chorobopisů pacientů a také jsem se zúčastnila jako pozorovatelka jednoho týdenního programu stacionáře. To mi umožnilo udělat si přesnější představu o fungování stacionáře a také se blíže seznámit s pacienty. Díky osobnějším setkáním jsem měla možnost zpracovat kazuistiku jednoho z pacientů, která je součástí této práce. Při sepisování

kazuistiky jsem vycházela z materiálů, které jsou součástí jeho spisu – zápisů z každodenních vizit, psychologických testů a také podrobného životopisu, který pacienti v průběhu programu vypracovávají.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se věnuji definici úzkostné poruchy a jejím typům, dále způsobům léčby těchto poruch a konkrétní metodě používané ve stacionáři, tj. kognitivně-behaviorální terapii. V závěru teoretické části popisuji praxi v denním stacionáři 1 NUDZ.

Empirická část prezentuje výsledky výzkumu. Součástí tohoto oddílu práce je také výše zmíněná kazuistika.

Cílem této práce je přispět skromnou troškou k výzkumu účinnosti terapie pacientů s úzkostnou poruchou a faktorů, které ji ovlivňují, inspirovat k dalším a rozsáhlejšími výzkumům v této oblasti a tím pomoci zkvalitnit péči o tuto skupinu pacientů.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy, označované také jako neurózy, jsou takové, u kterých dominuje úzkost, strach, obavy a vegetativní příznaky. (Praško, 2005)

Úzkost (angl. anxiety) je definována jako „strach bez předmětu“ (Hartl & Hartlová, 2010), šířeji pak jako „nepříjemný emoční stav provázený psychickými i tělesnými znaky odpovídajícími strachu, aniž je známa příčina“ (Hartl & Hartlová, 2010). Úzkost prožívají občasně i zdraví jedinci, jedná se o adaptivní reakci, jejímž cílem je aktivace organismu. Pokud však úzkost překročí určitou mez – tj. objevuje se příliš často, trvá příliš dlouho, je příliš intenzivní či neadekvátní, hovoříme o patologii a pravděpodobné úzkostné poruše. Příznaky této poruchy jsou pro jedince velmi nepříjemné a obtěžující. Kontakt s realitou bývá zachován a chování jedinců s úzkostnou poruchou neporušuje základní sociální normy. (Raboch, Pavlovský, & kolektiv, 2012)

Úzkostné poruchy patří mezi velmi častá onemocnění. Rozsáhlá studie provedená ve Spojených státech v roce 1994 ukázala, že v průběhu života trpí takřka polovina obyvatel nějakou duševní poruchou. Úzkostné poruchy se umístily na 2. místě (24,9 %) za závislostí na návykových látkách (26,6 %) a následují je afektivní poruchy (19,3 %) (Praško, 2005)

Příznaky úzkostných poruch můžeme rozdělit na:

- **duševní:** úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, depersonalizace, derealizace, amnézie, poruchy spánku, obavy z budoucnosti, nesoustředivost, podrážděnost, psychická únavnost, apod.
- **tělesné:** bolesti hlavy, dušnost, palpitace, tachykardie, bolesti na hrudi, závratě, pocit narušené stability, parestezie, návaly horka a chladu, pocení, kolapsy, třes, napětí svalstva, zvracení, průjemy, psychogenní bolesti, tělesná nevykonnost, výpadky senzorických funkcí, apod. (Raboch, Pavlovský, & kolektiv, 2012)

1.1. Průběh a prognóza

Některé úzkostné poruchy trvají krátce (např. reakce na stres), jiné jsou chronické (např. obsedantně-kompulzivní porucha). Prognóza je relativně příznivá, výjimku tvoří těžší formy OCD a poruchy s depresivní symptomatikou, u kterých hrozí riziko

suicidia. U ostatních poruch závisí průběh na adaptačních schopnostech jedince a použité formě terapie. (Raboch, Pavlovský, & kolektiv, 2012)

1.2. Historický vývoj přístupu k úzkostným poruchám (Praško, 2005)

Pravděpodobně nejstarší písemné popisy stavu úzkosti nalezneme v *eposu o Gilgamešovi* (3 000 př. n. l.), kde jsou popisovány obavy ze smrtelnosti. Staří Řekové neznali výraz pro úzkost, ačkoliv popisovali např. melancholii, mánii či hysterii. Římané naproti tomu odlišovali dva výrazy – *anxietas* pro déle trvající stav ustrašenosti a *angor*, popisující náhlý intenzivní strach, pravděpodobně blízký našemu popisu paniky. *Angor* má původ od slovesa *ango*, *-ere*, které znamená škrtit. Z tohoto slova jsou odvozeny i konotace úzkosti v dalších jazycích – francouzské *angoisse* pro akutní stav úzkosti či německé *Angst* pro strach.

V řeckém pantheonu nalezneme boha jménem Phobos, jehož úkolem je vnuknout nepřátelům strach z boje. Jeho otcem je bůh války Áres a matkou bohyně lásky Afrodité. Také zde najdeme boha Pana, který je ochráncem stád. Je pokrytý srstí, kozorohý a velmi nerudný. Když kolem jeho skrýše projde náhodný poutník, šeredný Pan vyskočí a křičí tak děsivě, že poutníkovi přivodí stav paniky.

V Bibli je často popisován strach či bázeň z Boha, zvláště ve Starém zákoně. (Vymětal in Praško, 2005)

Ve středověku byla největší ctností nebojácnost, s popisem strachů, úzkostí a obav se v literatuře tohoto období příliš nesetkáváme.

První lékařská literatura, zabývající se psychiatrickými onemocněními, sice úzkostné stavy popisuje, ale ještě pro ně nemá výraz (např. Burtonova *Anatomie melancholie* z roku 1621). Lékaři tohoto období považují tělesné projevy úzkosti za symptomy přidružené somatické nemoci (např. hyperventilaci za projev plicní abnormity, apod.). Termín úzkost – *anxiety* se v odborné literatuře objevuje poprvé v první polovině 18. stol.

Angličan **James Vere** (1700 - 1779) jako první poukázal na to, že „nervozitu“ je možno chápat jako „vnitřní konflikt mezi nižšími instinkty a morálními instinkty“. Základní hybnou silou člověka i vývojově nižších druhů považoval „chuť a touhu versus averzi a nechut“. Tímto konceptem s více než stoletým předstihem předestřel Freudův tripartitní model i jeho teorii libida.

Ve Francii se popisem těchto stavů zabýval **Boissier de Sauvages** (1752). Použil pro ně termín „*panfobie*“ a tímto výrazem označil jakýsi generalizovaný stav úzkosti, který se projevuje nočními děsy, třesem celého těla, nespavostí a pocity hrůzy, které dle něj pocházejí z nadměrné představivosti.

Slovo „*neuróza*“ poprvé použil skotský lékař **William Cullen** (1710 – 1790) v roce 1769. Termín definoval následovně: „*Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem neuróza chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslů a emocí, které nesouvisí s hyperpyrexii¹ jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi² jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce*“ (Raboch in Praško 2005).

V této době byly neurotické poruchy vnímány jako onemocnění nervů a byly pojímány velmi somaticky. V podobném duchu rozpracoval svou teorii i Cullenův žák, Američan **Benjamin Rush** (1746 - 1813). Ten podrobněji rozdělil fobie na „pochopitelné“ (např. strach ze smrti či chirurgického zákroku) a „nesmyslné“ (strach z bouřky, hmyzu, mluvení před lidmi, apod.).

Devatenácté století se pod celospolečenským vlivem romantismu ve vnímání duševních poruch velmi posouvá. Romantický hrdina typu Goethova mladého Werthera donutil tehdejší lékaře k zamyšlení a revizi dosavadního pojetí psychiatrických onemocnění. A tak odborníci začali brát v potaz nejen biologické faktory, které k těmto nemocem vedou, ale i vlivy psychologické a sociální. Tak například vídeňský baron **Ernst von Feuchtersleben** (1806 – 1849) přišel s ideou, že jádrem duševních poruch je konflikt mezi iracionálními impulzy a smysluplnými postoji člověka. Úzkost, která z tohoto konfliktu vzniká, může vést nejen k psychickým problémům, ale i k těm somatickým, např. poškození srdce a trávicího systému (Berrois a Link in Praško, 2005). Feuchterslebenova teorie připravila půdu pro psychodynamické pojetí, se kterým přišel o půl století později Sigmund Freud.

Na poli filozofie učinil významný posun v této oblasti dánský existenciální myslitel **Søren Kierkegaard** (1813 – 1855). Ve svých dílech *Strach a děs* (1843) a *Pojem úzkosti* (1844) vyjádřil myšlenku, že člověk, který je vytrháván z věčnosti času, z nekonečnosti do konečnosti a z nevyhnutelnosti do svobody, se ocitá nad propastí, která ho plní neustálou

¹ hyperpyrexie = vysoká horečka (40 - 41° C)

² afekce = zde: postižení chorobou

úzkostí a vede k nábožnosti. Východisko ovšem autor nevidí ani v náboženství, protože to pouze prohlubuje úzkost člověka, plynoucí z nemožnosti překročit propast mezi lidskou konečností a věčnou nekonečností. Člověk se proto zaměřuje na svou individuální existenci a hledá v ní odůvodnění své konečnosti, aby tak zapomněl na věčnost. Na Kierkegaarda navazují další existenciální filozofové, např. **Martin Heidegger**, **Karl Jaspers**, **Friedrich Nietzsche** či **Jean-Paul Sartre**, v našich končinách pak **Jan Patočka**. Existencialistickým pojetím je inspirován psychoterapeutický směr *daseinsanalýza*³.

Jedním z prvních, kdo odlišil úzkost od deprese byl **Charles Darwin**. Ve svém slavném spisu *O vzniku druhů přírodním výběrem* (1859) vyslovil domněnku, že deprese je spojena s negativními zážitky v minulosti, kdežto úzkost přichází z anticipace špatné budoucnosti.

V 19. století začali odborníci pojmenovávat projevy úzkostných poruch. Westphal (1872) popsal agorafobii jako strach z otevřených prostranství, ale i divadel, kostelů, trhů a mostů. Francouzský lékař **Dagonet** (1876) popsal několik onemocnění ze spektra úzkostných poruch a nazval je lypemániami. Charakterizoval hypochondrii (*lypemanie hypochondrique*), úzkostnou depresi (*lypemanie anxieuse*) a smíšenou úzkostnou poruchu, kterou nazval *angoisse morale* – morální úzkost. Jako příklad panické poruchy uvedl *vertigo* (Berrios a Link in Praško, 2005). Jeho termín *lypemanie anxieuse* a další termín *panphobia* se používaly v Evropě k popisu dnešní generalizované úzkostné poruchy. Nahradil je až termín *neurastenie*, který zavedl americký neurolog **Beard** (1839 - 1883). Tento termín u nás mnozí somatičtí lékaři používají dodnes. Beard pacienty s projevy neurastenie léčil pomocí „volto-galvanické stimulace“.

Lékař a učitel na pařížské Sorbonně **Pierre Janet** (1859 – 1947) se zabýval hlavně hysterií a její léčbou pomocí sugesce a hypnózy, výsledky jeho bádání však byly uplatnitelné i v léčbě pacientů s neurózami.

Obdobně jeho žák a zakladatel psychoanalýzy **Sigmund Freud** (1856 - 1939) nejprve studoval hysterii a dále se věnoval neurózám. Freud v souvislosti s vývojem své slavné teorie považoval úzkost nejprve za následek nevybitého sexuálního napětí, poté ji spojoval se separací od matky a nakonec ji bral jako reakci ega na zvýšené pudové či emocionální

³ *da sein* = něm. „být zde“. *Daseinsanalýza* je psychoterapeutický směr, inspirovaný existenciální filozofií, jehož cílem je vrátit pacienta do života pochopením smyslu vlastního žití a snahou být autentický (Hartl & Hartlová, 2010)

napětí, pocházející z vnitřního konfliktu. V roce 1895 poprvé použil termín *úzkostná neuróza* (termín však zavedl o dva roky dříve Edward Hackl) a odlišil ji od neurastenie. Tímto termínem popisoval úzkosti všeobecného charakteru (dnes GAD), ale i specifické fobie a agorafobii. Dále odlišoval *aktuální neurózy*, kam řadil právě úzkostnou neurózu a neurastenii a *psychoneurózy*, mezi něž počítal hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu. Pacienty s těmito symptomy léčil svou slavnou metodou, tedy psychoanalýzou, která využívá systém *přenosu*.

Freudův žák **Alfred Adler** (1870 - 1937) se od svého učitele později oddělil a založil vlastní školu individuální psychologie. Na rozdíl od Freuda nepovažoval za základní činitel lidského vývoje sexuální pud, ale životní cíl. Ten je určován dvěma faktory: potřebou začlenit se a potřebou uplatnit se ve společnosti. Proto není naše chování determinováno minulostí, ale výhledy do budoucna. Tyto vyhlídky některým lidem kazí objektivní i subjektivní znevýhodnění ve snaze uplatnit se ve společnosti, což může vést ke vzniku *komplexu méněcennosti*. Ten je prožíván jako velmi nepříjemný, proto se jej jedinec snaží zbavit, a tak vynakládá velké úsilí, aby dosáhl nadřazenosti. Protože snaha o nadřazenost často selhává, vede to k různým psychickým obtížím, jako je pád do alkoholismu, psychóz či neuróz. Neurózu popisuje jako „útěk do nemoci“, která jim přináší možnost omlouvat své nedostatky a selhání právě svým onemocněním.

Zakladatel behaviorální terapie **Burrhus Frederick Skinner** (1904 - 1990) popsal poruchy chování jako naučené podmíněnými reakcemi na obávané situace a udržované principy operantního podmiňování. Dle principu „co bylo naučeno, lze i odnaučit“ pracoval i s neurózami. Je mu však vyčítáno, že ke většině svých poznatků dospěl při výzkumných pokusech na holubech a krysách. Jeho teorie však postavila základní kameny, na kterých stojí – obohacena o řadu dalších metod a poznatků – i současná kognitivně-behaviorální terapie.

Přestože rozdíly mezi jednotlivými poruchami byly známy již od první poloviny 20. století, jejich skutečné odlišení přišlo až o řadu let později. Podnětem pro to byl výzkumy **Kleina a Finka** (1962, 1964), kteří zjistili, že pacienti s panickými atakami reagovali dobře na léčbu imipraminem, zatímco pacienti bez nich nikoliv. Tento poznatek vedl k rozřazení jednotlivých úzkostných poruch, které se objevilo v diagnostickém a statistickém manuálu DSM-III (1980), kde najdeme poprvé třídění podobné tomu, které používáme dnes.

2. Dělení úzkostných poruch

Dle MKN-10 (1996) je tato skupina poruch označována jako neurotické, stresové a somatoformní poruchy a najdeme je pod kódy F40 – F48.

Dělení je následující:

F40 Fobické úzkostné poruchy

- F40.0 Agorafobie (s/bez panické poruchy)
- F40.1 Sociální fobie
- F40.2 Specifické (izolované) fobie
- F40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy
- F40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná

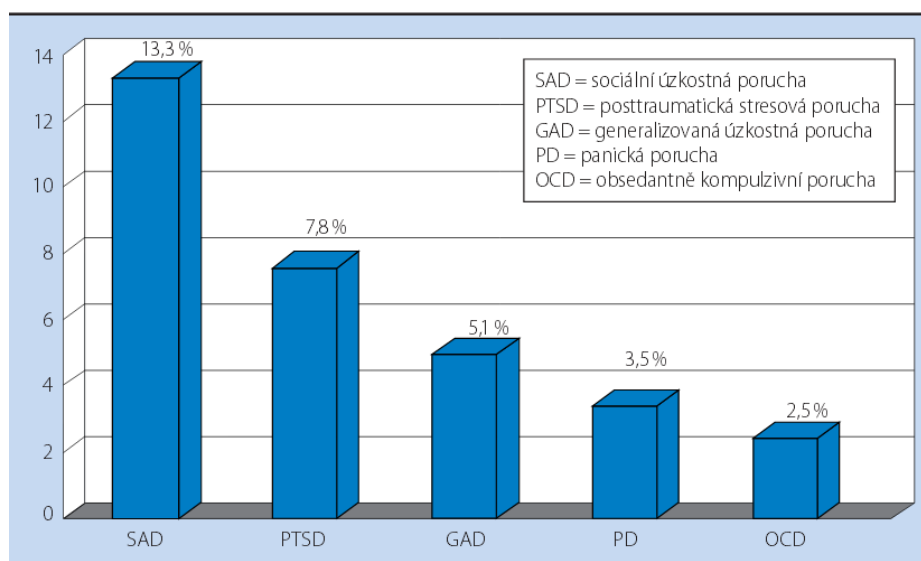
F41 Jiné úzkostné poruchy

- F41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost)
- F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha
- F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha
- F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy
- F41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy
- F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná

F42 Obsedantně-nutkavá porucha

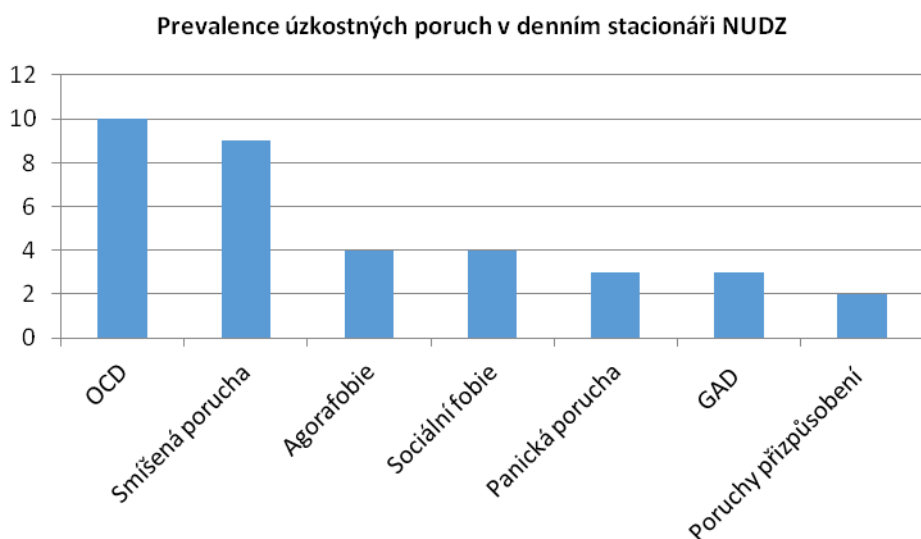
- F42.0 Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace
- F42.1 Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)
- F42.2 Smíšené nutkavé myšlenky a činy
- F42.8 Jiné obsedantně-nutkavé poruchy
- F42.9 Obsedantně-nutkavá porucha

Prevalenci jednotlivých poruch v populaci ilustruje následující graf⁴:



Prevalence úzkostných poruch v populaci

Zastoupení jednotlivých poruch v denním stacionáři úzkostných poruch NUDZ je však následující:



Dle četnosti jednotlivých poruch jsem řadila následující informace o úzkostných poruchách.

⁴ Zdroj: Kosová, J. (2010): Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*.

2.1. Obsesivně-kompulzivní porucha (OCD)

Tab. 1: Diagnostická kritéria pro OCD dle MKN-10 (1996):

- A. Po dobu alespoň 2 týdnů jsou po většinu dnů přítomny buď obsese nebo nutkavé jednání (nebo obojí).
- B. Obsese (myšlenky, nápady nebo představy) a nutkavé jednání mají společné následující rysy, které všechny musí být přítomny:
- 1) pacient musí uznávat, že vznikají v jeho vlastní mysli a nejsou vyvolávány vnějšími vlivy
 - 2) jsou nepříjemné, opakují se a musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, která je považována za přehnanou nebo nesmyslnou
 - 3) pacient se snaží odolávat (dlouhodobá rezistence na dlouhotrvající obsese nebo kompulze může být minimální), musí být přítomna alespoň jedna obsese nebo kompulze, které se pacient neúspěšně brání
 - 4) prožívání obsedantní myšlenky nebo kompulzivního činu není samo o sobě příjemné (toto by se mělo odlišit od dočasné úlevy od napětí a úzkosti)
- C. Obsese nebo kompulze vyvolávají tíseň nebo narušují sociální nebo individuální činnosti pacienta, obvykle ztrátou času.
- D. Nejčastěji používaná vyučovací doložka: obsese nebo kompulze nejsou příčinou jiných duševních poruch, jako jsou např. schizofrenie a příbuzné poruchy nebo poruchy nálady (afektivní poruchy).

Diagnóza se může specifikovat následujícím čtvrtým znakem:

F42.0 převážně obsedantní myšlenky a ruminace

F42.1 převážně nutkavé jednání (obsedantní rituály)

F42.2 smíšené obsedantní myšlenky a jednání

F42.8 jiné obsedantně kompulzivní poruchy

F42.9 obsedantně-kompulzivní porucha nespecifikovaná

2.1.1. Diferenciální diagnostika⁵

- **úzkostné poruchy:** občasné obsese a kompulze se objevují u úzkostných poruch, nemají ovšem tak výrazné projevy
- **poruchy příjmu potravy:** zde se objevují nutkavé myšlenky na jídlo
- **afektivní poruchy:** u depresí a depresivní fáze bipolární poruchy se mohou objevit nutkavě se vnucující pocity viny
- **hypochondrická porucha:** zde se objevují opakované kontroly těla, měření tělesné teploty, prohlížení kůže v zrcadle apod., které mají charakter podobný rituálům u OCD, ale nemají závažný charakter.
- **schizofrenní poruchy:** obsese a kompulze se také mohou objevit u akutních schizofrenních poruch, zde je však nápadná přítomnost psychotických příznaků

⁵ zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/obsedantne-kompulzivni-porucha-a-jeji-lecba-454083>

2.1.2. Komorbidita⁶

OCD se nejčastěji pojí s následujícími poruchami:

- afektivní poruchy
- panická porucha, sociální fobie a specifické fobie
- alkoholová a drogová závislost
- psychotická porucha

2.2. Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 popisuje úzkostně-depresivní poruchu velmi stručně: „Jsou přítomny příznaky úzkosti a deprese, ale žádný typ příznaků není vyjádřen do takové míry, aby opravňoval ke stanovení samostatné diagnózy kterékoliv z obou poruch.“ (1992)

Vzhledem ke stručnosti této publikace tedy tentokrát uvádím diagnostická kritéria dle čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu psychických onemocnění (DSM- IV-TR, APA 2000)

Tab. 2 Diagnostická kritéria DSM-IV pro smíšenou úzkostně-depresivní poruchu (2000)

- | |
|--|
| <p>A. Trvalá nebo vracející se dysforická nálada trvající nejméně jeden měsíc.</p> <p>B. Dysforická nálada je doprovázena po dobu nejméně jednoho měsíce čtyřmi (nebo více z následujících příznaků):</p> <ol style="list-style-type: none">1) obtíže s koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“2) poruchy spánku (obtíže s usínáním nebo udržení spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek)3) únava nebo malá energie4) podrážděnost5) obavy6) snadné prohnutí k slzám7) nadměrná bdělost (ostražitost)8) anticipace horšího (selhání)9) beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna)10) nízké sebevědomí nebo pocity bezcennosti <p>C. Příznaky způsobující klinicky významné obtíže nebo zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.</p> <p>D. Příznaky nejsou způsobeny přímými fyziologickými účinky substance (například návykové látky nebo léku) nebo somatického onemocnění.</p> <p>E. Platí všechny následující podmínky:</p> |
|--|

⁶ zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obsedantne-kompulzivni-porucha-130404>

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) nikdy nebyla splněna kritéria pro velkou depresivní poruchu, dystymní poruchu, panickou poruchu nebo generalizovanou úzkostnou poruchu2) v současnosti nejsou kritéria pro kteroukoliv jinou úzkostnou poruchu nebo poruchu nálady, včetně úzkostné poruchy nebo poruchy nálady v částečné remisi3) příznaky nelze přiřadit k jiné duševní poruše. |
|---|

2.2.1. Diferenciální diagnóza (Praško, 2005)

- **organické nemoci:** Mnoho nemocí se může v počátečních fázích projevovat úzkostně-depresivní symptomatikou. Mohou to být onemocnění **kardiovaskulární** (arytmie, srdeční selhávání, infarkt myokardu, aj.), **endokrinní** (hyper- i hypotyreóza, hypoglykémie, ale také premenstruační syndrom a menopauza), **respirační** (astmatické záchvaty, hyperventilační syndrom, hypoxie, aj.), **neurologická** (epilepsie, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, parkinsonismus, aj.). Tato somatická onemocnění je nejprve nutné vyloučit.
- **úzkostné poruchy:** S úzkostnými poruchami se často pojí přidružená depresivní symptomatika. V případě úzkostně-depresivní poruchy však symptomy úzkosti nedosahují takové intenzity jako u jiných úzkostných poruch.
- **psychotické poruchy:** Počáteční stadia psychotických onemocnění se někdy projevují úzkostně-depresivní symptomatikou, proto je nutné pátrat při vyšetření i po psychotických příznacích, které pacienti nemusí vždy spontánně sdělovat.
- **závislosti:** Symptomy této nemoci se také často objevují při dlouhodobém abúzu alkoholu a jiných návykových látek, např. psychostimulancií a některých léků. Také se často objevují při odnětí těchto látek a dále psychofarmak, zvláště sedativ a hypnotik. Proto je nutné získat informaci, zda pacient neužívá návykové látky, jednak od okolí a také krevními testy. Pacienti s úzkostně-depresivní poruchou se také často v rámci „samoléčby“ uchylují k návykovým látkám, což někdy ztěžuje odlišení příčin a následků.

2.2.2. Komorbidita (Praško, 2005)

- na podkladě úzkostně-depresivní poruchy se často pod vlivem zvýšeného stresu rozvíjí **depresivní epizoda**
- častá je komorbidita se **specifickou fobií**
- nezřídka se pojí s **poruchami osobnosti**, zejména závislou, vyhýbavou, histriónskou a hraniční

2.3. Agorafobie

Tab. 3: Diagnostická kritéria MKN-10 pro agorafobii (1996)

Zřetelně a jednoznačně vyjádřený strach nejméně ze dvou následujících situací, nebo vyhýbání se jim:

- 1) pobyt v davu
- 2) pobyt na veřejném prostranství
- 3) cestování bez doprovodu
- 4) opuštění domova

- A. V zátěžové situaci se musí alespoň jednou společně vyskytnout nejméně dva příznaky úzkosti, přičemž jeden z nich musí patřit do skupiny příznaků vegetativního podráždění

Příznaky vegetativního podráždění:

- 1) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlení puls
- 2) pocení
- 3) chvění nebo třes
- 4) sucho v ústech

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha

- 5) obtížné dýchání
- 6) pocit zalykání se
- 7) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
- 8) nauzea nebo břišní nevolnost (např. neklid, víření v břiše)

Příznaky týkající se duševního stavu

- 9) pocity závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
- 10) pocity derealizace, depersonalizace
- 11) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí
- 12) strach ze smrti

Celkové příznaky

- 13) návaly horka nebo chladu
- 14) pocity znecitlivění nebo mravenčení

- B. Vyhýbání se nebo úzkostné příznaky způsobují výraznou emoční nepohodu a jedinec si uvědomuje, že tyto pocity jsou přehnané nebo nesmyslné.

- C. Příznaky jsou omezeny na obávané situace nebo se v nich převážně vyskytují nebo při jejich očekávání.

- D. Nejběžnější užívaná vylučovací kritéria: Strach nebo vyhýbání se (kritérium A) nejsou výsledkem bludů, halucinací nebo jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha, ani důsledkem ve společnosti tradujících pověr.

Přítomnost nebo chybění panické poruchy (F41.0) při většině agorafobických situací může být specifikována použitím pátého kódového čísla:

F40.00 *Bez panické poruchy*

F40.01 *S panickou poruchou*

2.3.1. Diferenciální diagnóza (Praško, 2005)

- **poruchy nálady** – zde také nemocný často není schopen opustit byt, nakupovat či cestovat, avšak důvodem pro to je depresivní nálada, nikoliv strach z nevolnosti či paniky

- **úzkostné poruchy** – podobné symptomy jako u agorafobie jsou časté i u sociální fobie, zde je však motivem strach z přihlížení okolí a obavy ze ztrapnění se
- **schizofrenní porucha** – podobné obavy jako lidé s agorafobií se objevují i u schizofrenní poruchy, zde jsou však podkladem bludy a halucinace
- **somatická onemocnění** – je nutné odlišit symptomy agorafobie od reálných obav, které mají lidé s některými somatickými onemocněními, např. Crohnovou chorobou či roztroušenou sklerózou

2.3.2. Komorbidita (Praško, 2005)

- u agorafobie je přidružená další diagnóza spíše pravidlem než výjimkou.
- s **panickou poruchou** se pojí v 50-90% případů
- s **depresivní poruchou** v 40-80%
- méně často se pojí se **specifickou poruchou, sociální fobií a OCD**
- kritéria pro **poruchu osobnosti** (zvl. vyhýbavou a závislou) splňuje 25-60% lidí s agorafobií
- častou komplikací je **abúzus alkoholu a jiných návykových látek a benzodiazepinů**

2.4. Sociální fobie

Tab. 4: Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii jsou následující (1996):	
A) Musí být přítomen jeden z následujících znaků:	
1)	pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti nebo aby se nechoval trapným či ponižujícím způsobem
2)	nápadně se vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného či ponižujícího chování
Tyto se strachy se projevují v sociálních situacích, jako je např. jídlo nebo mluvení na veřejnosti, setkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (např. večírky, schůze, apod.)	
B) Výše zmíněné příznaky v obávaných situacích se objevují společně s alespoň jedním z následujících příznaků:	
1)	červenání nebo třes
2)	strach ze zvracení
3)	potřeba nebo strach z močení nebo defekace
C) Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmito příznakům a jedinec si je vědom, že jsou přehnané a nesmyslné.	
D) Příznaky se omezují na obávané situace nebo na jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.	
E) Příznaky uvedené pod kritérii A a B nevyplývají z bludů, halucinací ani jiných poruch jako jsou např. organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně – kompulzivní porucha a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.	

2.4.1. Diferenciální diagnóza (Praško, 2005)

Obavy ze sociálních situací a následné vyhýbání, tzv. sociální úzkost, jsou běžné i ve zdravé populaci. Podobné příznaky se mohou vyskytnout u následujících poruch:

- **schizofrenie** – při této poruše se pacienti vyhýbají sociálním situacím pro bludné obavy
- **deprese** – pacienti s depresí se často sociálně izolují pro celkový strach ze selhání, na rozdíl od osob se sociální fobií nemají o kontakt s lidmi zájem.
- **OCD** – zde může dojít k vyhýbání se sociálním situacím ze strachu z kontaminace, apod.
- **agorafobie a panická porucha** – zde také někdy dochází k vyhýbavému chování, největším strach je z nevolnosti v těchto situacích, primární je však obava z paniky
- **poruchy osobnosti** – u schizoidní a vyhýbavé poruchy osobnosti někdy dochází k vyhýbavému chování sociálním situacím, určující je však dlouhodobost takového chování a na rozdíl od sociální fobie nižší úzkost v sociálních situacích

2.4.2. Komorbidita (Praško, 2005)

Se sociální poruchou se často pojí přidružená další psychická porucha. Obvyklé jsou tyto (řazeno dle četnosti výskytu):

- Specifické fobie
- Agorafobie
- Generalizovaná úzkostná porucha
- Dystymie
- Zneužívání alkoholu
- Panická porucha
- Velké deprese
- Zneužívání drog

Častá je také komorbidita s poruchami osobnosti, zejména s vyhýbavou poruchou osobnosti, která je však od sociální fobie obtížně odlišitelná.

2.5. Panická porucha

Tab. 5: Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu (1996):	
<p>A. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí a které se často vyskytují spontánně (tj. nelze předvídat). A taky paniky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.</p> <p>B. Panická ataka je charakterizována následujícími znaky:</p> <ol style="list-style-type: none">1) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu2) začíná náhle3) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut4) musí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek a – d:	
<p>Příznaky vegetativní aktivity</p> <ol style="list-style-type: none">a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený dechb) poceníc) chvění nebo třesd) sucho v ústech	
<p>Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha</p> <ol style="list-style-type: none">e) obtížné dýcháníf) pocity zalykání se, dušeníg) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníkuh) nauzea nebo břišní nevolnost	
<p>Příznaky týkající se duševního stavu</p> <ol style="list-style-type: none">i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavyj) pocity depersonalizace, derealizacek) strach ze ztráty kontroly, zešílení, ztráty vědomíl) strach ze smrti	
<p>Celkové příznaky</p> <ol style="list-style-type: none">m) návaly horka nebo chladun) pocity znecitlivění nebo mravenčení	
<p>C. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady a somatoformní poruchy.</p>	

2.5.1. Diferenciální diagnóza (Praško, 2005)

- Tělesné příznaky paniky se mohou zaměnit za **somatické nemoci**, jako je srdeční infarkt, poruchy štítné žlázy a vertigo.
- Je důležité odlišit panickou poruchu od **epilepsie**, což je někdy možné pouze pomocí EEG monitorace. Rozlišení je však velmi složité, protože panické ataky jsou častou psychiatrickou komorbiditou u pacientů s epilepsií.

- Odlišení od **GAD** je možné na základě toho, zda má pacient panické záchvaty a zda naopak nemá četné, nerealistické a nadměrné obavy a starosti o téměř každý aspekt svého života.
- Je potřeba odlišit agorafobii u panické poruchy od **poruchy nálady**, kdy postiženým zabraňuje vycházet z bytu, nakupovat či cestovat deprese, nikoliv strach z panického záchvatu.
- U nemocných se **schizofrenní poruchou** se mohou také vyskytnout panické poruchy, které však bývají spojeny s psychotickými projevy.

2.5.2. Komorbidita

- Nejobvyklejší komorbidní poruchou je **agorafobie** (v 50 až 70% případů). Dále **deprese**, která výrazně komplikuje a prodlužuje léčbu a navíc až čtyřikrát zvyšuje riziko sebevraždy.
- Z úzkostných poruch je častá **sociální fobie, GAD a prostá fobie**.
- Druhotně se často rozvíjí **závislost na alkoholu a drogách**.
- Některým typem poruchy osobnosti (zvl. vyhýbavou p. o. a závislou p. o.) trpí 25 – 60% pacientů.

2.6. Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Tab. 6: Diagnostická kritéria MKN-10 (1996) pro generalizovanou úzkostnou poruchu	
A.	Výrazné napětí, strach, obavy z každodenních problémů trvající nejméně šest měsíců.
B.	Přítomny nejméně čtyři z následujících a nejméně jeden z příznaků vegetativního podráždění:
1)	příznaky vegetativního podráždění:
-	palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls
-	pocení
-	chvění nebo třes
-	sucho v ústech
2)	příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:
-	obtížné dýchání
-	pocit zalykání se
-	bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
-	nauzea nebo břišní nevolnost
3)	příznaky týkající se duševního stavu
-	pocity závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
-	pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), že jedinec „není skutečně zde“ (depersonalizace)
-	strach ze ztráty kontroly, zešilení, ztráty vědomí
-	strach ze smrti
4)	celkové příznaky

- návaly horka a chladu
- pocity znecitlivění nebo mravenčení
- 5) příznaky napětí
 - napětí, pobolívání nebo bolesti ve svalech
 - neklid a neschopnost se uvolnit
 - pocity podráždění, nesnesitelného napětí nebo duševního přepětí
 - pocity „knedlíku v krku“ nebo obtíže s polykáním
- 6) další nespecifické příznaky
 - přehnaná reakce na malé překvapení nebo vyrušení
 - obtíže s koncentrací, „prázdnost v hlavě“ z důvodů strachu nebo úzkosti
 - neustálé podráždění
 - obtíže s usínáním kvůli strachu

C. Porucha nesplňuje kritéria pro panickou poruchu, fobické, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchu nebo hypochondrickou poruchu.

D. Nejběžněji užívaná vylučovací kritéria: úzkostná porucha není způsobena somatickou poruchou, jako je hypertyreóza (zvýšená činnost štítné žlázy), organickou poruchou nebo poruchou vyvolanou psychoaktivní látkou, jako je silná konzumace amfetaminu nebo abstinenční syndrom po odnětí benzodiazepinů.

2.6.1. Diferenciální diagnóza (Praško, 2005)

- Nejprve je potřeba vyloučit **somatická onemocnění**, která mohou způsobovat úzkost, např. astma, arytmie, časné projevy demence, anemie, hypoglykemie, aj. Zároveň však přítomnost těchto nemocí automaticky nevylučuje generalizovanou úzkostnou poruchu, někdy úzkosti přetrvávají i po normalizaci somatického stavu.
- Odlišení od jiných **úzkostných poruch** je často obtížné, navíc je komplikované častou komorbiditou GAD a těchto poruch. Určujícím kritériem je povaha úzkostí – zatímco u GAD se jedná o úzkosti z všedního dne, u jiných úzkostných poruch jsou to spíše obavy ze specifických situací.
 - Pacienti s **panickou poruchou** mají obavy ze záchvatů a nevolností, během samotného záchvatu paniky se obávají aktuálního dění, nikoliv anticipace budoucnosti.
 - Lidé se **specifickými fobiemi** cítí úzkost při představách, jak jim bude při expozici fobické situaci.
 - Při **sociální fobii** se pacienti obávají sociálních situací, naproti tomu ti s GAD mají svou úzkost všeobecněji zaměřenou, navíc oproti lidem se sociální fobií u nich nedochází k systematickému vyhýbání se sociálnímu kontaktu.
- Úzkost je často vysledovatelná i u **psychotických a afektivních poruch**. Zde se nejhůře odlišuje GAD od:

- **deprese**, která je však typická ruminacemi, tj. zabývání se minulostí, kdežto u GAD způsobuje úzkost anticipace budoucnosti
- **dystymie**, tj. vleklý stav chorobně pokleslé nálady, kde je hlavní rozdíl oproti GAD stejně jako u deprese v myšlenkových obsazích, které se zabývají spíše minulostí. Dále je rozdíl ve vegetativních příznacích – typické úzkostné projevy (viz výše) se u dystymie neobjevují, dominuje spíše celková skleslost a únava.

2.6.2. Komorbidita (Praško, 2005)

- U GAD je komorbidita s jinou chorobou nejčastější v psychiatrii vůbec. Typicky je to **sociální fobie, specifická fobie, panická porucha a deprese**.
- Až 50% pacientů s GAD trpí zároveň poruchou osobnosti. Obvykle to bývá **vyhýbavá porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti či závislá porucha osobnosti**. Přítomná porucha osobnosti projevy GAD dále akcentuje a modifikuje.

3. Léčba úzkostných poruch

Z výzkumů vyplývá, že nejúčinnější v léčbě sociální fobie je kombinace psychofarmak a kognitivně-behaviorální terapie. Účinnost psychofarmak je rychlejší a více potentní, výsledky psychoterapie jsou však trvalejší. (Praško, 2005)

3.1. Farmakoterapie

V léčbě úzkostných poruch se nejčastěji používají následující psychofarmaka či jejich kombinace:

- **SSRI** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu): léky první volby u sociálních fobií, panických poruch, GAD a OCD. Obvykle dobře tolerovány, výhodné jsou i z důvodu účinku na časté komorbidní depresivní symptomy.
- **Tricyklická antidepresiva**: tyto léky velmi dobře fungují na zmírnění panické poruchy, avšak od jejich použití se ustupuje, protože nefungují příliš dobře na symptomy sociální fobie, která se s panickou poruchou často pojí, a zároveň mají velmi výrazné nežádoucí účinky (přibírání na váze, sexuální dysfunkce, aj.). Problematické je také jejich použití u pacientů s přidruženou depresivní symptomatikou s rizikem suicidia, protože v případě předávkování jsou silně toxické.

- **IMAO** (inhibitory monoaminoxidázy): vysoce efektivní léky s ověřeným účinkem v léčbě sociální fobie, které však v současnosti nejsou dostupné na českém trhu.
- **RIMA** (reversibilní inhibitory monoaminoxidázy) – účinné v léčbě sociální fobie, panické poruchy a dalších, obvykle bývají dobře snášeny a na rozdíl od jiných psychofarmak u nich není nutná speciální dieta, protože nezpůsobují výrazné přibývání na váze.
- **benzodiazepiny** – mají rychlý nástup účinku, bývají dobře snášeny, ale pacient musí být sledován pro riziko rozvoje závislosti a abstinenčních příznaků. Po vysazení je vyšší riziko relapsu.
- **antikonvulziva** – používají se jako podpůrné léky k SSRI či při intoleranci či nedostatečné odpovědi na léčbu SSRI.
- **beta-blokátory** – účinné specificky při úzkosti z vystupování na veřejnosti, u pacientů s generalizovanou sociální fobií účinné nebývají.

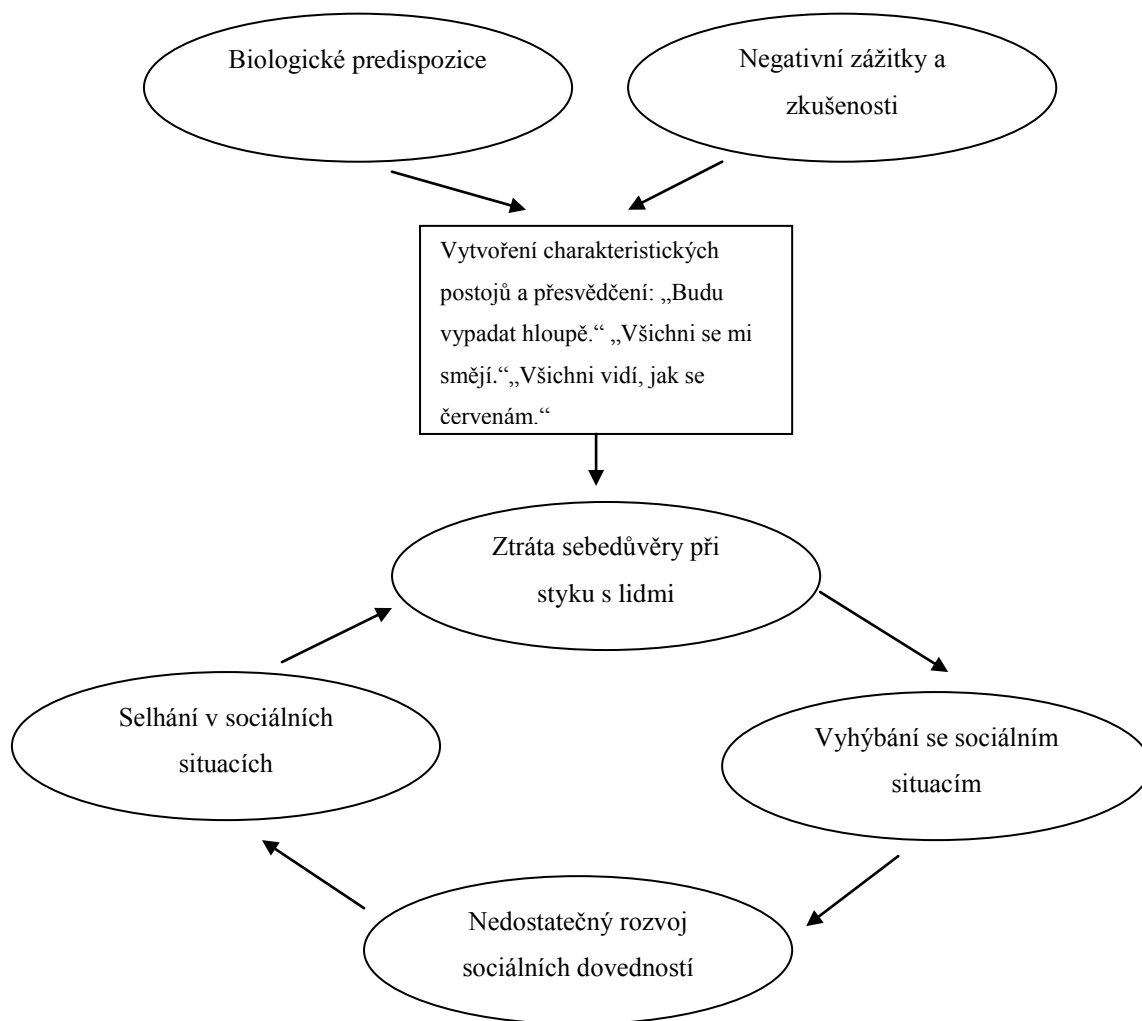
3.2. Kognitivně- behaviorální terapie

Diagnostický a terapeutický postup dle metody KBT dále ilustruji na příkladu sociální fobie.

Sociální fobie se projevuje silným a trvalým strachem z jedné či více sociálních situací a systematické vyhýbání se těmito situacím, což často vede k výrazným dopadům na život postiženého jedince. Lidé se sociální fobií často dosahují nižšího vzdělání, než by odpovídalo jejich schopnostem, mají problémy v práci a často tak končí na invalidním důchodu a také si obtížně hledají partnera. (Praško, 2005)

3.2.1. Kognitivně-behaviorální model sociální fobie

KBT model sociální fobie říká, že pod vlivem životních zážitků dochází k vytvoření typických očekávání a postojů vůči sobě i okolí, které vedou k tomu, že se jedinec ve společnosti druhých lidí cítí zvýšeně napjatý a nervózní, má tendenci se pozorovat, negativně hodnotit a přitom předpokládá, že je středem pozornosti a neustálého negativního hodnocení ze strany druhých. To vede k tomu, že se společnosti druhých lidí vyhýbá, takže nemá příležitost rozvíjet své sociální dovednosti. Kombinace nedostatečných sociálních dovedností a zvýšené nervozity vedou k tomu, že jedinec v sociálních situacích skutečně selhává a tím se jeho negativní přesvědčení a sebehodnocení dále posiluje (viz obr. (Praško, 2005))



3.2.2. Diagnostický postup a vyšetření (Praško, 2005)

Pro stanovení adekvátní léčby je vedle rutinních laboratorních a interních vyšetření (včetně EKG a EEG), které slouží k vyloučení somatických příčin onemocnění je nutné pochopitelně i vyšetření psychiatrické, při kterém odborník zjišťuje následující informace:

- přesný popis situací, které vyvolávají strach
- jak strach probíhá, čeho se nejvíce obává (co si řeknou druzí, jaké bude mít projevy úzkosti apod.) jaké tělesné reakce se objevují, jak se při vystavení situaci chová, zda dochází k panickému záchvatu
- čemu se pacient vyhýbá, jak se proti strachu zabezpečuje, zda se naučil nějaké strategie, jak si pomoci
- jak probíhá anticipační úzkost
- zda má reminiscence na sociální situace, které absolvoval, a jak probíhají

- co strach modifikuje (alkohol, léky, menstruace, světlo, blízká osoba apod.)
- v čem ho sociální fobie omezuje v životě (pracovně, v rodinném životě, ve volném čase)

Součástí vyšetření je vytvoření hierarchie strachů a vyhýbavého chování založená na detailním popisu okolností, které strachy spouštějí. Obvykle terapeut po pacientovi žádá, aby zhodnotil zvlášť strach a míru vyhýbavého chování (typicky v procentech či na stupnici 1-10). Dále detailně zjišťuje okolnosti, které k rozvoji strachu vedou, mohou působit jako udržovací faktor a také případné druhotné zisky z nemoci.

3.2.3. KBT (Praško, 2005)

KBT považuje sociální fobie za naučené chování a v terapii se je snaží systematicky odnaučovat. Pacienti tak v průběhu léčby trénují adaptivnější způsoby chování. Místo vyhýbavého chování se vystavují v „postupné expozici“ obávaným situacím. Tak mají možnost zjistit, že jim nehrozí reálné nebezpečí.

V KBT sociální fobie používáme následující metody:

- **psychoedukace:** poučení o sociální fobii a její léčbě
 - vysvětlení, co je sociální fobie

= na pacientových příznacích ukázat vztah mezi:

 - myšlenkami – emocemi – chováním – vegetativními reakcemi = *bludný kruh sociální fobie*
 - spouštěči a bludným kruhem sociální fobie
 - vyhýbavým chováním a důsledky
 - edukace o léčbě sociální fobie
 - na KBT modelu sociální fobie vysvětlit, ve kterých místech lze narušit bludný kruh sociální fobie
 - objasnit, v čem budou spočívat jednotlivé kroky léčby
 - vysvětlit vliv psychofarmak a jejich vedlejší účinky
 - určit pořadí jednotlivých kroků léčby a vysvětlit jejich důvod
 - dohodnout se na domácích úkolech, skupinovém formátu, frekvenci a době návštěv

- **nácvik sociálních dovedností**

= systematický nácvik sociálních dovedností od jednodušších ke složitějším, prováděný ve skupině pacientů

Jednotlivé složky nácviku jsou následující (Praško & Kosová, 1998):

- neverbální chování
- zahájení konverzace
- udržování konverzace: schopnost naslouchat a podporovat rozhovor
- ukončení konverzace
- poskytnutí zpětné vazby
- poskytování a přijímání pochvaly
- požádání o laskavost
- odmítnutí neoprávněného požadavku
- reakce na odmítnutí
- vyjádření kritiky
- reakce na kritiku
- empatické naslouchání a vyjadřování
- asertivní vyjadřování

- **zpochybňování úzkostných myšlenek**

Při nácviku sociálních dovedností pomáhá terapeut pacientovi identifikovat jeho negativní myšlenky, které zvyšují jeho napětí a úzkost. Ty se pak dotyčný učí s podporou terapeuta i skupiny zpochybňovat a hledat na ně smysluplné odpovědi. Poté si platnost svých negativních myšlenek a předpovědí ověřuje v reálných situacích a zjišťuje, jak jeho očekávání dopadla. Díky systému **kognitivní rekonstrukce** se učí postupně zaměňovat své maladaptivní úzkostné myšlenkové vzorce nahrazovat více adaptivními, tj. konstruktivními myšlenkovými procesy.

Kognitivní rekonstrukce vypadá následovně:

- identifikace automatických myšlenek
- spojení automatických myšlenek s emočními a fyziologickými reakcemi a jejich vlivem na chování
- testování automatických myšlenek a diskuze s nimi
- přerámování, tj. racionální odpověď na spouštěcí situaci

Typické **automatické negativní myšlenky** u sociální fobie jsou následující:

- **úzkostné otázky:** Co když to na mně poznají: Co když se mi budou posmívat? Co když zase zčervenám?
- **obávaná katastrofická tvrzení:** Úplně se znemožním! Když to bude pokračovat, zešílím. Všichni vidí, že jsem strašný. Všichni mě budou pomlouvat
- **sebeznehodnocující tvrzení:** Jsem chudák, troska, zbabělec. Nikdy to nezvládnu! Jsem úplně trapná!
- **obavné katastrofické představy:** Všichni se na mě dívají, jak se třesu, jak mi padá příbor... Pohrdavě se usmívají a vyměňují si významné pohledy...
- **myšlenky předvídající úzkost:** Určitě si toho všichni všimnou. Tam nemůžu jít, to bych určitě nevydržela!
- **myšlenky na únik:** Raději se tomu vyhnu, abych se neztrapnila! Musím rychle vypadnout, jinak to nevydržím!
- **vztahovačné myšlenky:** Stále si mě všimají, aby mě mohli kritizovat! Dělá si ze mě srandu!

- **expozice sociálním situacím v představě a in-vivo**

Expozice jsou nejdůležitější součástí KBT. Poté, co pacient porozuměl všem obávaným situacím a svému chování v nich, naučil se v těchto situacích adekvátně chovat, je na čase naučené poznatky vyzkoušet v praxi. To se děje ve dvou krocích:

- **expozice ve fantazii**

Moderní varianta expozice ve fantazii je expozice zaplavením (*flooding*), při níž si pacient vytvoří **katastrofický scénář**, tj. nejhorší možnou variantu, jak by daná situace mohla dopadnout, včetně automatických negativních myšlenek, chování, vegetativních příznaků úzkosti a reakcí okolí. Terapeut mu pak scénář předčítá a pacient si situaci představuje. Scénář je mu předčítán tak dlouho, dokud míra úzkosti neklesne na únosnou míru, resp. není situace přehodnocena a označena jinak, např. jako směšná.

- **expozice in vivo**

Po dostatečném naplánování pacient zkouší expozici v reálné situaci. Terapeut s ním nejprve rozděluje expozice dle náročnosti, táže se, co by bylo pro pacienta nejlehčí, resp. nejtěžší, což pacient hodnotí na stupnici 1-10, resp. procentuálně. Dále s ním vytváří osobní hierarchii. Platí, že expozice by měla být vždy stupňovitá, opakovaná a prodlužovaná. Pacient

si zkouší expozice mezi sezeními s terapeutem a zapisuje si své zkušenosti a pocity, o kterých následně na dalším sezení referuje.

Účelem má být celková změna životního postoje směrem k větší aktivitě v sociálním životě jedince.

- ***aplikovaná relaxace***

Pacienti se učí zklidňovat dech a uvolňovat napětí při nácviku sociálních situací i následně při expozicích in vivo, což jim dodává pocitu větší sebedůvěry a kontroly situace.

- **řešení problémů v životě**

4. Denní stacionář úzkostných poruch Národního ústavu duševního zdraví

Během výzkumu ke své bakalářské práci jsem se zúčastnila týdenní stáže ve stacionáři 1 NUDZ. Během této doby jsem se zúčastnila všech aktivit, kterými pacienti procházejí a také porad terapeutického týmu.

Nejprve uvádím citaci z internetových stránek NUDZ:

„Oddělení 1 se specializuje na léčbu celého spektra úzkostných a afektivních poruch v náročném kognitivně-behaviorálním (KBT) a interpersonálním psychoterapeutickém programu. Terapeutický tým je složen pouze z lidí s nadstandardním psychoterapeutickým vzděláním, včetně středně zdravotnického personálu. Součástí oddělení je lůžková část s 10 lůžky (dvoulůžkové pokoje se sociálním zařízením). Výzkumné cíle oddělení se týkají různých úzkostných poruch.

Během sedmi týdnů ojedinelého, vysoce specializovaného a náročného programu projdou klienti základními kroky KBT směřujícími ke zvládnutí projevů stresu, úzkostí a deprese. Program je doplněn některými osvědčenými prvky z asertivity, arteterapie a pohybové terapie. Pro dosažení nejlepších výsledků je nutná vysoká motivace a aktivní spolupráce klienta.“⁷

Jak zmiňuje citace, léčebný program trvá sedm týdnů. V průměru je v jednom běhu stacionáře šestnáct pacientů, větší část je hospitalizovaných na oddělení 1 a část jich dojíždí, tj. po odpoledním programu se vrací domů.

Terapeutický tým tvoří psychiatři, psychologové a terapeutické zdravotní sestry, všichni jsou školeni v KBT metodě. Každý z pacientů má přidělen svého patrona, který s ním řeší jeho problémy individuálně. Dále mají individuální sezení s ošetřujícím lékařem, který s nimi krom medikace plánuje také cíle léčby a expozice.

Pacienti stacionáře jsou z velké části lidé s diagnózou obsesivně-kompulzivní poruchy, smíšené úzkostně-depresivní poruchy či agorafobie, někdy také s přidruženou další diagnózou, např. depresivní poruchou, bipolární afektivní poruchou či některou z poruch osobnosti.

⁷ zdroj: <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/oddeleni-1/profil/>

V prvních týdnech svého pobytu musí pacienti odevzdat svůj podrobný životopis a plnit řadu domácích úkolů, vyplývajících z edukativního programu.

Denní program stacionáře začíná obvykle ranní **komunitou** v 8:30. Jeden z tímto pověřených pacientů zahájí komunitu, sdělí datum a kdo slaví svátek, vyjmenuje chybějící členy, případně jejich absenci vysvětlí, informuje ostatní o službách ve společných prostorách – např. udržování pořádku v kuchyňce či úklid kuřárny, a informuje o následném programu. Poté předá slovo vedoucímu lékaři. Následně mají pacienti zhodnotit předcházející den, co se jim líbilo či nelíbilo a jak se jim daří. V pondělí pacienti hodnotí také uplynulý víkend dle toho, jak se jim dařilo dodržet cíle, které si naplánovali v pátek. Plnění cílů hodnotí dvěma kritérii – emoce a výkon, a to na škále od jedné do pěti dle školského systému, tj. 1 nejlepší možný výkon, resp. pocit ze sebe a 5 nejhorší. Lékař často pacienty vede k mírnému přehodnocení výkonu, protože někteří pacienti pod vlivem jednoho neúspěchu často ztracují i zdařilý plán v jiných oblastech.

Následuje program **KBT**, který má edukativní charakter. Pacienti se při něm dozvídají o jednotlivých technikách kognitivně-behaviorální terapie. V době mé stáže byly tématem bludné kruhy, tj. zautomatizované reakce (např. negativní myšlenky či vyhýbavé chování), které dále posilují vyhodnocení určitého podnětu jako nepříjemného a ohrožujícího, což vede k opětovnému posílení reakce. Pacienti měli za úkol sepsat tyto své problematické reakce.

Opakem bludných kruhů jsou **expozice**, tj. záměrné a plánované vystavení se stresovému podnětu. Expozice pacienti plánují individuálně s ošetřujícím lékařem, se kterým pečlivě rozebírají, jaká situace má pro daného jedince skutečně charakter expozice. Pro mnoho pacientů je expozicí např. jízda MHD, pro ty se sociální fobií je to konverzace s náhodným kolemjdoucím či specifická expozice ztrapnění, kdy má pacient za úkol předvést před komunitou nějaký výstup, např. zazpívat píseň či předvést krátkou – a trapnou – divadelní scénku. Osoby s obavami z kontaminace musí např. podat na ranní komunitě všem pacientům ruku a vydržet si ji neumýt až do oběda. Nároky na expozice se stále zvyšují, a tak pacienti, kteří se obávají kontaminace, musí ve druhé polovině běhu stacionáře osahat záchodové prkénko a ti, kteří neustále kontrolují, zda skutečně zamkli byt a vyplí sporák, jsou nuceni opustit byt zcela bez zamčení. Jednou týdně navíc probíhá společná expozice, kdy pacienti jedou na skupinový výlet na předem domluvené místo. V době mé stáže to byla pražská botanická zahrada. Zde kromě situací, které jsou pro

některé pacienty náročné jako např. cestování MHD, výtahy, prostory s velkým množstvím lidí, apod., navíc terapeutický tým plánuje další speciální program, kdy mají pacienti možnost záměrně se vystavit nepříjemným situacím, např. přečíst před ostatními referát. Také byla naplánována tzv. expozice ztráty kontroly, kdy měli pacienti za úkol projít určitý úsek trasy se zavázanýma očima.

Po programu KBT následuje třikrát týdně **životopisná skupina**. V rámci tohoto hodinového setkání vždy jeden z pacientů sdílí s ostatními svůj životopis, který mají všichni za úkol sepsat během prvních dvou týdnů stacionáře. Zhruba třicet minut referující popisuje bez přerušení svůj život od narození do současnosti, poté mají ostatní prostor pro otázky a následně mu dávají zpětnou vazbu. Skupiny jsou často velmi emotivní a dojemné, referující bývají často velmi upřímní a posluchači jim empaticky sdělují svou účast.

Po hodinové pauze na oběd mají pacienti jednou týdně program asertivity, či ergoterapie. Jednou týdně mají dynamickou skupinu, kdy bez vedení, ale za účasti terapeutického týmu rozebírají vnitřní problémy skupiny.

V pátek dopoledne pacienti plánují svůj program na víkend, a to ve čtyřech oblastech: expozice, výkon, sport a příjemné aktivity. **Expozice** již byly popsány výše. **Výkonem** může být např. sepsání části životopisu či domácích úkolů z edukativního programu. **Sport** je další velký nárok stacionárního programu, který se také plánuje individuálně dle kondice a preferencí pacienta. Vrchní lékařka stacionáře, MUDr. Kosová, se pozitivním vlivem pravidelných sportovních aktivit v léčbě úzkostných poruch věnuje i ve své výzkumné práci.⁸ **Příjemnou aktivitou** se rozumí jakákoliv forma relaxace, která danému jedinci přináší radost, tedy např. četba, ruční práce či rozhovor s kamarádem.

Týdenní program končí v pátek obědem, po kterém jak dojíždějící, tak hospitalizovaní pacienti odjíždějí do svých domovů.

⁸ viz KOSOVI, J. Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*. 2010

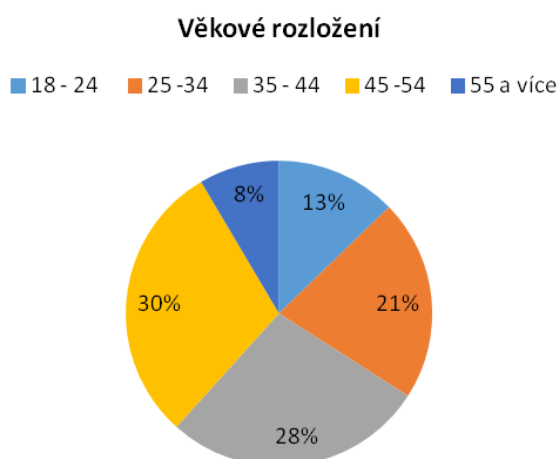
B. EMPIRICKÁ ČÁST

V rámci svého výzkumu jsem sbírala data ze tří běhů sedmitýdenního stacionárního programu NUDZ. Výsledný vzorek obsahuje data 47 pacientů, kteří absolvovali celý léčebný program v průběhu roku 2016. Při výzkumu jsem vycházela z chorobopisů pacientů, kde jsem získala demografické údaje a výsledky testových metod v průběhu léčby. S pacienty jsem provedla strukturované rozhovory a administrovala jsem jim dotazník, ve kterém vyplnili svá očekávání od léčby a na závěr léčebného programu zhodnotili, zda se očekávání naplnila. Dále jsem vypracovala kazuistiku. Podklady pro ni jsem získala také v chorobopisech, vycházela jsem z příjmové i propouštěcí lékařské zprávy, denních záznamů a dalších dostupných materiálů, které se v léčbě používají, např. pacientův životopis, terapeutický dopis, cíle léčby a katastrofický scénář. Na případu pacienta, který popisuji v uvedené kazuistice, demonstruji léčebné metody i změny pacientových obtíží v průběhu stacionárního programu.

5. Demografické údaje pacientů

5.1. Věk

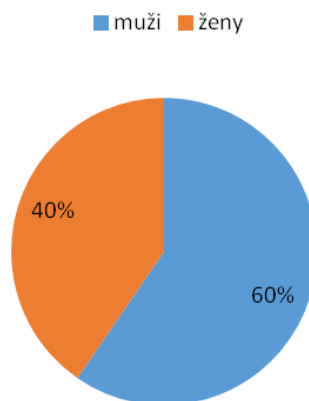
Průměrný věk pacientů ve stacionáři byl **39 let**. Graf uvádí rozložení četností dle věkových pásem.



5.2. Pohlaví

Ve výzkumném vzorku bylo 28 mužů a 19 žen, poměr ukazuje graf.

Pacienti v denním stacionáři dle pohlaví

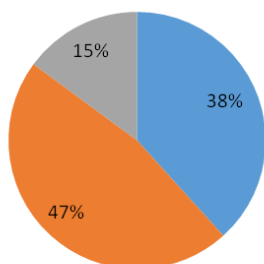


5.3. Rodinný stav

V souboru bylo 22 svobodných žen a mužů, 18 ženatých či vdaných a 7 rozvedených. Z celkového počtu mělo 31 osob partnera, 16 jich žilo bez partnerského vztahu.

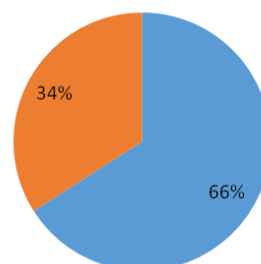
Rodinný stav

■ ženatý / vdaná ■ svobodný / á ■ rozvedený / á



Žijící s partnerem

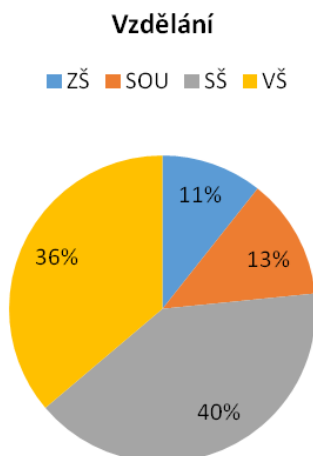
■ s partnerem ■ bez partnera



Děti mělo 25 dotázaných oproti 22 bezdětným.

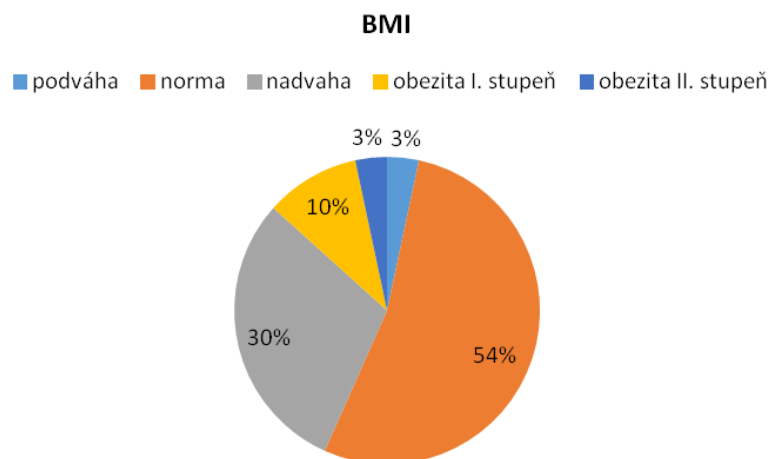
5.4. Vzdělání

Z celkového počtu 5 pacientů mělo základní vzdělání, 6 dokončilo střední odborné učiliště, 19 střední školu s maturitou a 17 vysokou školu.



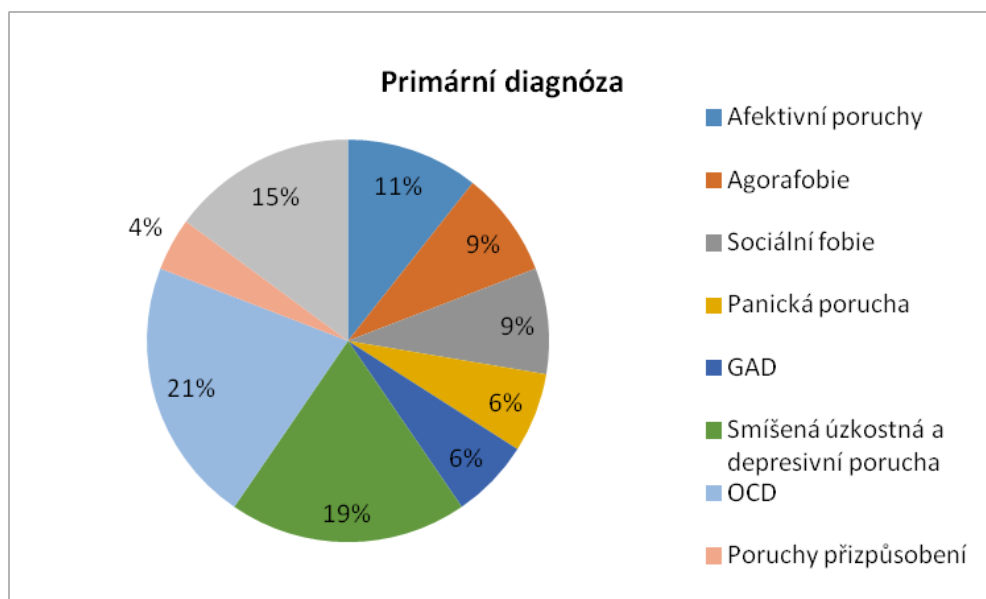
5.5. BMI

Vzhledem k tomu, že pacienti s úzkostnými poruchami často zanedbávají zdravou životosprávu, bylo zajímavé sledovat i jejich body mass index. Ten v průměru dosáhl hodnoty **26**, tj. pásmo **nadváhy**.



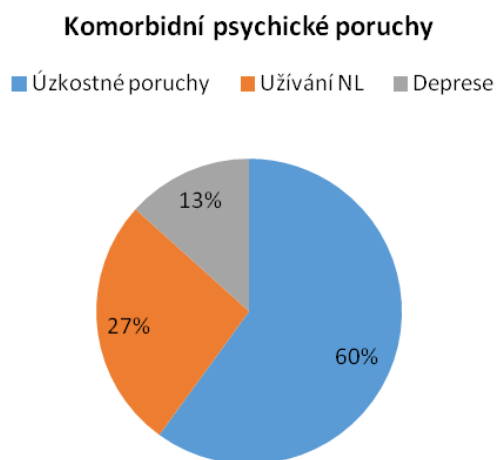
5.6. Primární diagnóza, komorbidní poruchy a přidružené poruchy osobnosti

Nejčtetnější diagnózou byla obsedantně- kompulzivní porucha (21%), smíšená úzkostná a depresivní porucha (19%), sociální fobie (15%) a dále afektivní poruchy, tj. depresivní porucha a bipolární afektivní porucha.



5.7. Komorbidita

Ve **40%** případů se u pacientů souběžně vyskytovala i další psychická porucha. Nejčastěji to byla další z okruhu úzkostných poruch, deprese či závislost na návykových látkách.



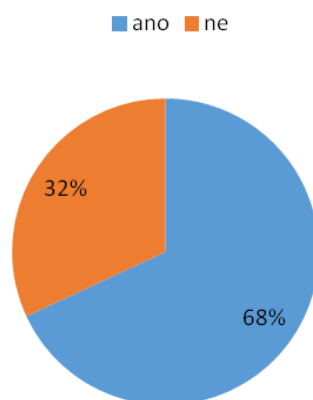
V **17%** případů byla také přítomna porucha osobnosti, nejčastěji smíšená porucha osobnosti, dále vyhýbavá a histriónská porucha osobnosti.

5.8. Diagnóza v dětství, rodinná psychiatrická anamnéza

V dětství a dospívání **19%** pacientů trpělo psychickými obtížemi, pro které vyhledali pomoc odborníků.

68% pacientů uvedlo, že někdo z jejich rodiny trpí psychiatrickými obtížemi. V rodinách pacientů se nejčastěji vyskytovaly deprese, sebevražedné pokusy i dokonané sebevraždy, alkoholismus a úzkostné poruchy.

Přítomnost psychiatrických obtíží v rodině

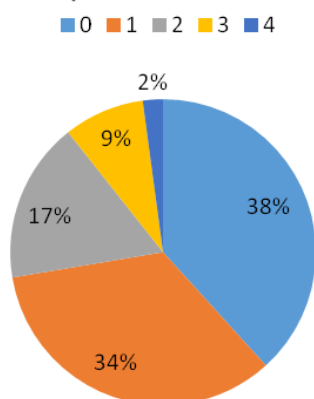


5.9. Doba psychiatrické léčby, předchozí intervence a typ současné intervence

Průměrná doba od zahájení prvního kontaktu s psychiatrií byla ve zkoumaném vzorku **5 let**.

Pro **38%** pacientů byla léčba v denním stacionáři NUDZ první intervencí tohoto druhu. Následující graf ukazuje, kolik intervencí před zahájením léčby v NUDZ měli pacienti za sebou:

Počet předchozích intervencí



Z těch, kteří již nějakou formu léčby absolvovali, pouze **17%** docházelo do denního stacionáře a **83%** bylo hospitalizováno.

Oddělení úzkostných poruch NUDZ disponuje 9 lůžky a zbytek pacientů léčbu absolvuje formou každodenního dojíždění do denního stacionáře. Ve výzkumném vzorku bylo **60%** hospitalizovaných oproti **40%** dojíždějících do DS.

6. Strukturované rozhovory

Pro účely výzkumu jsem také s pacienty provedla strukturované rozhovory, které přinesly řadu zajímavých doplňujících údajů.

6.1. Důvěra v KBT a motivace k uzdravení

Respondenti uváděli, že metodě KBT, používané ve stacionáři, důvěřují v průměru na **82%**. Velké části z nich léčba velmi pomohla, někteří však uváděli obavy, zda jim tato metoda pomohla skutečně dostat se k jádru jejich problémů a také měli strach, jak se jim nabyté dovednosti povede udržet mimo chráněné prostředí stacionáře. Několik pacientů také sdělilo, že si myslí, že metoda není vhodná k léčbě jejich konkrétních obtíží.

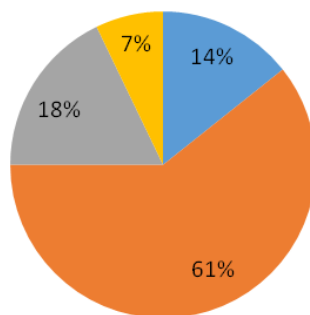
Dále jsem se tázala na motivaci k uzdravení, abych zjistila, zda se pacienti k léčbě rozhodli sami, či to bylo spíše přání blízkých. Touha uzdravit se byla u dotazovaných skutečně velká, v průměru **98%**.

6.2. Partnerské vztahy

Nad rámec demografických údajů o rodinném stavu mě zajímalo, jak jsou pacienti s tímto stavem spokojení. Odpovědi znázorňuje graf. 61% respondentů uvedlo, že mají momentálně partnera a jsou ve vztahu spokojení, 14% spokojeno nebylo. 18% pacientů bylo nezadaných a s tímto stavem spokojeni nebyli, zatímco 7% uvedlo svou spokojenost. Ti nejčastěji dále sdělovali, že nejprve chtějí pracovat na odstranění svých psychických obtíží a poté si budou hledat partnera.

Spokojenost v partnerských vztazích

■ ano, nespokojen ■ ano, spokojen ■ ne, nespokojen ■ ne, spokojen



6.3. Bydliště

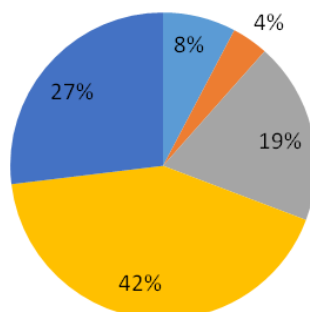
86% respondentů žije ve městě oproti pouhým 14% na vesnici.

6.4. Koníčky

Na dotaz, jaké mají koníčky, pacienti nejčastěji uváděli sport (zde dominovaly míčové hry, plavání a fotbal), umění a ruční práce. 8% dotázaných uvedlo, že žádné koníčky nepěstuje, resp. nemá na ně čas.

Koníčky

■ nic ■ auta ■ ruční práce ■ sport ■ umění



6.5. Domácí mazlíček

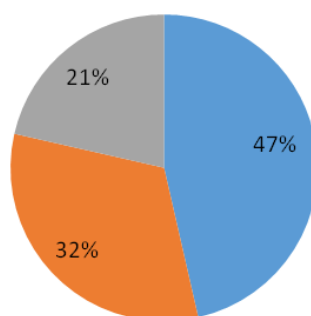
Domácího mazlíčka mělo 54% dotázaných, nejčastějším byl pes.

6.6. Vztah k autoritám

Zajímala jsem se také o vztah respondentů k autoritám. Zajímavé bylo, že 21% tázaných uvedlo, že měli problém s respektováním autorit a snažili se proti nim rebelovat, avšak 32% sdělovalo, že z nich měli přehnaný respekt a bázeň a kontakt s nimi v nich vyvolával úzkost. 47% sdělilo, že s autoritami problém nemají.

Problém s autoritami

■ ne ■ ano (nervozita z autorit) ■ ano (neuznával)



6.7. Profesní zaměření, práce a profesní rozvoj

50% dotázaných se považuje za spíše humanitně zaměřené oproti **32%** zaměřených technicky. **18%** uvedlo, že jsou spíše nevyhranění.

Dále jsem se dotazovala, zda pacienti pracovali a pracují spíše uvnitř, tj. v kancelářích, nemocnicích, na úřadech, apod. či venku v terénu a také na obvyklou pracovní dobu. Většina pacientů (75%) uvedla, že pracují uvnitř, jen čtvrtina dotázaných měla práci v terénu. Většina pracovala obvyklých 8 hodin bez nočních směn. Mnoho pacientů však dávalo zhoršení svých psychických obtíží do souvislosti s pracovním stresem.

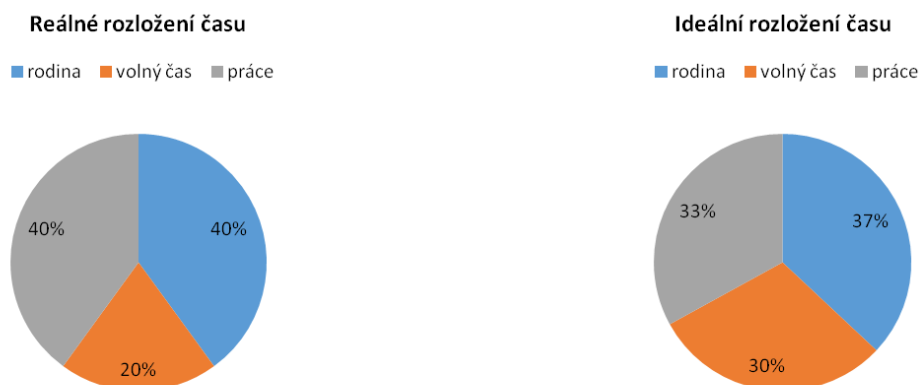
Nad to jsem se ptala na chuť pacientů pracovat, hodnocení jejich pracovních úspěchů a touhu se ve své pracovní oblasti dále rozvíjet. Chuť pracovat má **93%** dotázaných, za úspěšné ve své profesi se považuje **82%** a **79%** uvedlo, že má touhou se dále rozvíjet v oblasti své profese.

6.8. Rozdělení času a preferencí

Další dotaz byl, jak pacienti momentálně rozdělují svůj čas mezi povinnosti rodinné a pracovní a svůj volný čas a jak by si to přáli v ideálním případě. Zde – stejně jako v předchozí části – jsem modifikovala dotaz pro studující, aby za čas, věnovaný práci, považovali ten, který stráví studiem. Někteří pacienti pro své obtíže pracovat nemohou, a tak mají invalidní důchod. Většina pacientů také uvedla, že své pracovní i studijní aktivity kvůli léčbě pozastavila, proto jsem je požádala, aby za „práci“ považovali i program ve stacionáři a čas strávený další léčbou.

Mnozí si stěžovali na nedostatek volného času, který jim ubírají pracovní a léčebné povinnosti či starost o rodinu. V ideálním případě by si většina pacientů přála, aby se

rozdělení času mezi tyto oblasti blížilo třetinám. Údaje v grafech uvádějí průměrné procentuální rozdělení, které sdělovali pacienti.



6.9. Sebehodnocení

Také jsem pacienty požádala, aby mi sdělili, na kolik se ztotožňují s dále uvedenými výroky:

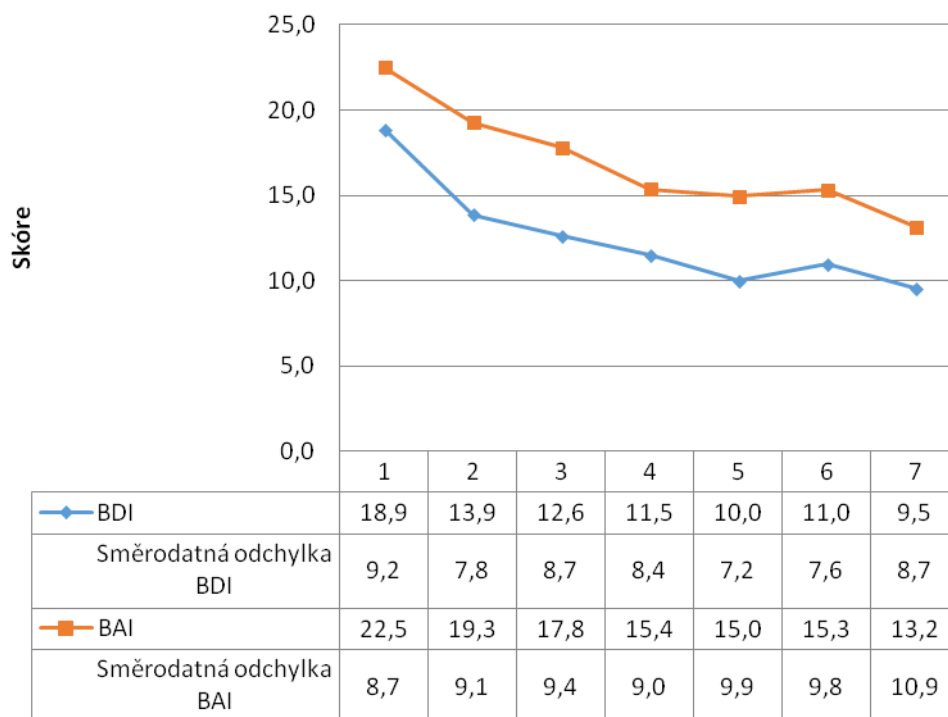
- S výrokem „vím, co chci od života a jdu si za tím“ se ztotožnilo **71%** dotázaných.
- S větou „žiji podle toho, co se ode mě očekává“ souhlasilo **50%** respondentů, **43%** odpovědělo, že žijí podle toho, co chtějí oni sami a **7%** uvedlo, že to záleží na konkrétních okolnostech.
- S větou „dělám to, co musím“ souhlasilo **39%** pacientů, **43%** sdělilo, že dělají spíše to, co si sami přejí a **18%** uvedlo, že je někdy dělají věci, které musí, jindy ty, které sami chtějí.
- Poslední výrok „záleží mi na tom, co si myslí druzí“ by podepsalo **39%** pacientů, **50%** sdělilo, že je pro ně podstatnější to, co si myslí oni sami a **11%** opět uvedlo, že záleží na okolnostech

7. Testové metody

Pro sledování vývoje pacientových obtíží používá terapeutický tým několik testových nástrojů. Je to jednak Beckův inventář úzkosti (BAI) a deprese (BDI) a dále dotazník kvality života (WHOQoL), kteří pacienti vyplňují na začátku a na konci léčby.

Následující graf zobrazuje vývoj skóru BAI a BDI v průběhu sedmitýdenního programu ve stacionáři a dále směrodatné odchylky:

Průměrné skóre v BDI a BAI v průběhu léčby v denním stacionáři NUDZ



Z grafu je patrné, že vývoj skóre v obou testech má klesající tendenci, což napovídá na ústup obtíží. Pozoruhodný je i mírný vzestup potíží v šestém týdnu, kde můžeme předpokládat, že se u pacientů objevují obavy, jak se jim bude dařit, až jejich léčba skončí.

Další sloupce ukazují průměrné skóre v testu kvality života:



Zde naopak vzrůstající skóre poukazuje na zlepšení hodnocení vlastních potíží. Pacienti se v tomto testu průměrně zlepšili o **28,20%**

8. Očekávání od intervence a její zhodnocení

Na začátku a na konci jsem také pacientům administrovala dotazník, ve kterém měli popsat, jaké jsou jejich očekávání od léčby, resp. jak byla tato očekávání naplněna.

Oba dotazníky obsahují 8 otázek a na každou se odpovídá na škále od jedné (nejmenší očekávání, resp. jeho naplnění) do pěti (nejvyšší možné očekávání, resp. jeho naplnění).

Zde uvádím dotazy a odpovědi na ně:

1. Očekávám, že během docházky do denního stacionáře lépe pochopím svou nemoc.

očekávání	4,5
splněno	4,3

2. Očekávám, že během docházky do DS se naučím se svou nemocí bojovat.

očekávání	4,7
splněno	3,9

3. Očekávám, že se mi během docházky do denního stacionáře sníží symptomy mé nemoci.

očekávání	4
splněno	3,7

4. Očekávám, že během docházky se naučím lépe pracovat se stresem.

očekávání	4,5
splněno	3,8

5. Očekávám, že mi léčba v DS pomůže lépe se soustředit.

očekávání	4,4
splněno	3,8

6. Léčba v denním stacionáři mi pomůže snížit úzkost.

očekávání	4,3
splněno	4,1

7. Léčba v denním stacionáři mi pomůže začít fungovat v každodenním životě stejně jako tomu bylo před nemocí.

očekávání	4
splněno	3,5

8. Léčba v DS mi přinese větší spokojenost s mým zdravím.

očekávání	4,4
splněno	3,8

8.1. Zhodnocení

Z uvedených čísel se zdá, že očekávání byla mírně vyšší, než co pacienti ve stacionáři opravdu získali. To může být způsobeno neadekvátním očekáváním od léčby, zároveň však mnozí pacienti pod dotazník uvedli, že jim léčba skutečně pomohla lépe si uspořádat život a zmírnit své obtíže. Ve výtkách vůči léčbě vícekrát zaznívá málo osobních konzultací s terapeuty a malé možnosti sportovního vyžití pro dojíždějící pacienti. Někteří si také stěžují, že bloky psychoedukace jsou vedeny nemoderním způsobem, ocenili by zapojení elektroniky a možnost psát si poznámky na notebooku, nikoliv jen ručně. Také se opakovaně objevuje žádost o vybudování bazénu v prostorách NUDZ.

9. Kazuistika – pan Petr

9.1. Úvod

Panu Petrovi je 52 let. Je ženatý, má dvě dospělé dcery a dříve pracoval jako obchodní zástupce. Nyní je v invalidním důchodu kvůli dekompenzaci diabetes mellitus druhého typu. Do denního stacionáře NUDZ přichází na doporučení své psychiatricky, u které se ambulantně léčí přibližně rok z důvodů zhoršení úzkostně-depresivní symptomatiky v důsledku vleklých problémů s mladší dcerou.

Pan Petr je obézní a nepříliš upravený muž, v projevu působí velmi napjatě. Při hovoru často přeskakuje z jednoho tématu na druhé a stále se omlouvá za domnělá obtěžování a selhání.

9.2. Příjmová vyšetření

Při příjmovém rozhovoru s lékařem hovořil o své rodině. Jeho otec zemřel v 53 letech na mozkovou mrtvici. Pracoval jako letecký mechanik. Petr jej popsal jako bezvadného člověka a uvedl, že s ním měl výborný vztah. Velmi dobrý vztah měl také celý život s matkou, které je 85 let a pracovala jako pěstounka v jeslích. Petr má o čtyři roky staršího bratra, jenž pracuje jako strojvedoucí. Vztah s ním byl prý dobrý až do doby, kdy se bratr rozvedl a našel si novou partnerku, od té doby je prý obtížné s ním vyjít, a tak se příliš nevidají. Petr je 28 let ženatý, jeho manželka pracuje jako účetní. Spokojený v manželství

však příliš není, vztah se ženou se v posledních letech zhoršil, příliš si nerozumějí a jsou si odcizeni. Petrově starší dceři je 27 let, pracuje v kanceláři a momentálně čeká první dítě. Vztahy mají velmi dobré. Mladší dcera je však problematická. Je jí 22 let a již od čtrnácti je závislá na drogách a žije s partnerem, který ji dlouhodobě bije. Psychiatrickými problémy v Petrově rodině (krom drogové závislosti mladší dcery) trpěl také jeho dědeček z matčiny strany, který se po smrti své ženy „zbláznil“ a zbytek života strávil v ústavní psychiatrické péči.

Vývoj v dětství probíhal zcela bez potíží. V pubertě se u něj objevila lupénka. Ve 33 letech onemocněl klíšťovou encefalitidou a byl tři měsíce hospitalizován, po propuštění je bez dalších následků. Před čtyřmi lety mu byla diagnostikována cukrovka.

Petr nepije alkohol a neužívá ani jiné drogy, před šesti lety přestal kouřit.

Své současné psychické potíže dává do souvislostí s problémy s mladší dcerou. Ta je již sedm let drogově závislá. Její partner, který rovněž užívá drogy, ji navíc bije a dokonce ji i znásilnil. Za to byl poté dva a půl roku ve vězení. Následně se však dali opět dohromady. Celé toto období bylo pro Petra extrémně dramatické a náročné. Neustále se o dceru obával a několikrát přímo při telefonátu s ní slyšel, jak ji partner bije.

Asi před pěti lety se u Petra poprvé objevily úzkostné stavy. Nejprve se objevovaly jen při jízdě autem, když měl vjet do tunelu. Začal se silně potit, měl pocit stažení na hrudi a bylo mu na zvracení. Poté se tyto stavy začaly objevovat i v práci. Krom úzkostí se přidala i plačtivost, nedostatek zájmu, chmurné myšlenky a pocity opuštěnosti. Ve stejné době došlo také ke zhoršení cukrovky, kterou se dlouho nedařilo kompenzovat. Dále Petr popisuje i náhlé změny chování a nálady, stavy zlosti, které jsou střídány chvílemi dobré nálady. Také si stěžuje na silnou únavu. Dlouho si však nechtěl připustit, že by potřeboval pomoc psychiatra, a tak ji vyhledal teprve před rokem.

Úzkostné stavy se u něj nejprve objevovaly jen ve specifických situacích a při rozčilení, později i v noci a následně i jen tak, bez vnější příčiny. Tyto stavy vedly k velkému vyčerpání, neschopnosti soustředit se na prováděnou činnost, často jen seděl a mnoho hodin jen koukal do prázdna. Přidaly se bolesti kloubů a celého těla. Dokonce začal i koktat, ač dříve problémy s mluvením neměl. Měl také potíže zapamatovat si čerstvé informace a byl roztržitý. Trápily jej děsivé sny, ve kterých často před něčím prchal, s někým se pral, či měl sny zcela absurdního charakteru. Ráno se budil spánkem zcela

neosvěžený a vyčerpaný, a tak spal i přes den, což jeho žena hodnotila jako lenost a neschopnost.

Lékařka v NUDZ Petra zhodnotila jako lucidního a orientovaného, neshledala u něj poruchy myšlení či vnímání. Všimla si však převažujících obav a pocitů nedostatečnosti, selhávání. Dále lítostivosti a výkyvů nálady. Také popsala, že je Petr bez nálady (abulie), bez radosti (anhedonie), nesoustředěný, avšak nemá sebevražedné myšlenky. Objevují se u něj úzkosti generalizovaného charakteru, silné vnitřní napětí, které se projevuje i fyzicky, pocity tlaku na hrudi a nedostatku dechu, dále bolesti kloubů. Vypozorovala u něj částečné vyhyčivé a zabezpečovací chování, avšak zhodnotila jej jako motivovaného k léčbě. Následně přijímací vyšetření ukončila s diagnózou smíšená úzkostně-depresivní porucha (F 41.2)

9.3. Léčba ve stacionáři

Na začátku pobytu Petr absolvoval řadu somatických i psychiatrických a psychologických vyšetření. V prvních dnech se během programu příliš neprojevoval, na komunitách hovořil o své úzkosti, ale sděloval, že je rád, že na svém problému začne pracovat. První týden Petr zhodnotil jako úspěšný, byl rád, že se mu každý den povedlo dorazit včas, program se mu jevil jako velmi užitečný. O víkendu však vlivem hádky s manželkou a dcerou přišel velký propad nálady a fyzické projevy úzkosti, kdy se Petr opět uchýlil k navyklému zabezpečovacímu chování a část dne také prospal.

Druhý týden nadále popisoval svou spokojenost s programem, stále však v myšlenkách převažovaly velké obavy, také si stěžoval na somatické obtíže a velkou únavu. Snažil se však dodržovat režim, plánovat a dělat úkoly. Referoval o konfliktech s manželkou, které se snažil řešit asertivně, jak se to naučil na programu. Zvládl také společnou expozici v podobě společného výletu a také individuální expozici „ztrapnění“ v podobě pantomimy, kterou předvedl před ostatními ze stacionáře. Dále se mu povedlo několik věcí, které dlouhou dobu odkládal – zavolal po roce své kamarádce, navštívil dceru a také babičku v domě seniorů. Také zvládl naplánovaný sport - nordic walking.

Třetí týden u něj přetrvávala velká fyzická i psychická únava a již zmíněné somatické obtíže, které připisoval stále obtížně kompenzovatelné cukrovce. Měl tendenci své psychické obtíže zlehčovat, aby snad neobtěžoval personál a ostatní pacienty, přehnaně se všem omlouval. Trénoval komunikaci s manželkou, snažil se s ní nehádat, ale také přehnaně vše nevysvětlovat a neomlouvat se. Zvládli spolu jednou příjemně strávit volný

čas, zašli si na procházku. Povedlo se mu zvládnout silnou úzkost při společné expozici, kterou byla tento týden návštěva Neviditelné výstavy (pozn. známá výstava v Praze, která má návštěvníkům přiblížit svět nevidomých a celá se odehrává po tmě). Zvládl i individuální expozice, vydržel 30 minut sám na neznámém místě a také sledoval pořad o toxikomaniích, které v něm vzhledem ke zkušenostem s dcerou také vyvolávají silnou tenzi. Nad to třikrát cvičil a uskutečnil čtyři návštěvy příbuzných.

Čtvrtý týden u něj přetrvávala únava, ale také přehnaná snaha se omlouvat a vyčítat si své chyby. Dále pokračoval v nácvicích komunikace s manželkou a opět vyrazili na společné procházky. Lehce se věnoval sportu a třikrát navštívil příbuzné. Třikrát zvládnul třicetiminutovou expozici – vydržet sám na neznámém místě. Třikrát po deseti minutách strávil „strastiplným časem“ (pozn.: tj. čas, kdy si pacient dovolí své vyčítavé, sebeobviňující myšlenky, avšak pouze v této předem přesně stanovené době a po zbytek dne se je snaží odehnat). Také vyrazil s ostatními pacienty na bowling. V tomto týdnu se opět velmi zkomplikovala jeho tíživá situace s mladší dcerou, protože její bývalý partner byl propuštěn z vězení, což v Petrovi vyvolalo velké obavy.

V pátém týdnu se situace s dcerou uklidnila, avšak Petr dále vykazoval příznaky velké tenze a únavy, o svých pocitech však nehovořil. Na primářské vizitě si pochvaloval, že se mu zlepšila kondice díky pravidelnému režimu a cvičení a také se mu prý dařilo lépe komunikovat s manželkou. S tou i nadále chodí na společné procházky. Také chodil navštěvovat své dcery a ostatní příbuzné. Doma se mu dařilo hodně pracovat a starat se o domácnost. Z expozic zvládl pětikilometrovou procházku na neznámé místo a také zvládl psát o svých potížích s dcerou.

Šestý týden, tj. poslední, který Petr zhodnotil, u něj setrvávala únava a obavy o dceru. Chválil další tréninky komunikace se ženou i zbytkem rodiny. Jednou před ostatními exponoval a to předčítáním nahlas. Také zmínil, že se snaží preventivně řešit případné problémy s bývalým přítelem dcery, a tak si sehnal právníka. Za 44. dní den docházky se Petrův stav dle lékařů objektivně velmi zlepšil, a to přes to, že v sebezposuzovacích škálách úzkosti a deprese nebyl rozdíl příliš patrný (BDI: nejvyšší číslo: 28 první týden, nejnižší: 16 čtvrtý týden, BAI: nejvyšší 36 druhý týden, nejnižší 29 čtvrtý).

Ošetřující lékařka předala Petra do ambulantní péče a doporučila dále samostatně pokračovat v expozicích dle navozeného scénáře. Zdůraznila nutnost přiměřeného plánování času s doplněním aktivit mimo domov či práci, přidáním příjemných aktivit a

sportu. Dále doporučila časté kontroly v prvních dvou měsících po propuštění, na nichž je nezbytné akcent na Petrovu samostatnou aktivitu a naopak potlačovat jeho pasivitu a vyhýbavé chování.

9.4. Petrův životopis

V průběhu pobytu ve stacionáři měl Petr za úkol sepsat svůj životopis. Je psán obyčejnou tužkou trochu roztřeseným písmem a s množstvím gramatických chyb.

Na začátku popisuje své dětství, které hodnotí jako krásné až idylické. Povahové vlastnosti svých rodičů popsal jako „nejlepší, jaké kdy poznal“. Podobně hezký vztah měl i se starším bratrem a prarodiči. V průběhu prvních let bylo vše v nejlepším pořádku, byl zdravý a měl spoustu kamarádů i zájmů.

Ve škole měl průměrný prospěch, který rodiče hodnotili zcela adekvátně. Svůj vztah k autoritám popisuje třemi slovy: „respekt, slušnost a úcta“. Tehdejší sociální a finanční situaci své rodiny zhodnotil, že byla na vysoké úrovni. Volný čas trávil vždy účelně buď společně s rodinou či kamarády, hodně se věnoval sportu. Nejradostnější okamžiky pro něj bylo období svátků a prázdnin. Nejvíce se těšil na Vánoce a narozeniny. Největší hodnotou pro něj byla vždy šťastná rodina, kterou v tomto období měl.

Pubertu a adolescenci popsal jako normální. Mezi lidmi se cítil velmi dobře. Objevil svůj celoživotní koníček – auta. V jedenácti letech se začal zajímat o děvčata a kolem patnácti let zahájil sexuální život. V této oblasti byl prý dobře informován a postoj jeho rodičů byl velmi citlivý a tolerantní.

Dále popisuje seznámení s manželkou, kterou potkal v kavárně. Jako „motivaci ke sňatku“ uvedl vzájemnou lásku. Svou partnerku popisuje jako ženu mnoha kladných vlastností. Uspokojení v citovém i intimním soužití bylo prý zcela v pořádku, dokud se neobjevily problémy s mladší dcerou.

Zde dostává Petrův životopis zcela jiný charakter. Popis dalšího vývoje v oblasti studijního a následně pracovního života zcela chybí, stejně jako významné životní události jako narození dcer. Rukopis je plný vykřičníků a zoufalých zvolání, že v rodinném životě zcela selhává a přál by si, aby vymizely jeho úzkosti a deprese. Na konci stránky je později připsaná věta, že „nejhorší věc na světě“ pro něj byla smrt otce na mozkovou mrtvici.

Na následující straně se rozepisuje o potížích s dcerou. Ty začaly v jejích třinácti letech, nejprve záškoláctvím, nočními útekami z domova na diskotéky a kouřením marihuany. Poté potkala svého partnera, kterého Petr emotivně popisuje jako „největšího hajzla na světě“ a pod jeho vlivem začala brát pervitin. Tak pro rodinu začalo „peklo na zemi“, probděli mnoho nocí a měli neustále strach o dceru. Situace vyeshalovala tím, že muž Petrovu dceru znásilnil a následně šel na devět let do vězení. Dcera však začala dělat hrozné věci, opakovaně chtěla vyskočit z okna, z auta na dálnici či si ublížit nožem. Poté ji rodina odvezla k hospitalizaci v psychiatrické nemocnici v Bohnicích.

Poté se vyučila kadeřnicí a Petr se ženou doufali, že už bude vše v pořádku. Dceřina partnera však po třech letech z vězení propustili, částečně za dobré chování a také vlivem prezidentské amnestie. Zde je emotivní výkřik: „Děkujeme, pane prezidentě!!!“. Dcera se dala s partnerem opět dohromady a problémy začaly nanovo. Opět začala užívat drogy a její partner ji začal bít, Petr to dokonce několikrát slyšel do telefonu, když dceři volal.

Petrovi se vlivem starostí o dceru výrazně zhoršil zdravotní stav. Ještě před tím, než dceřina přítel zavřel do vězení, dostal infarkt. Následně začaly obtíže s cukrovkou, která se nedařila kompenzovat. Nakonec se přidaly problémy psychické – objevily se deprese, úzkosti, únava a noční děsy.

Petrův životopis končí poděkováním personálu NUDZ a vyjádřením, že mu zdejší péče opravdu pomáhá.

Petr své CV přednesl na terapeutické skupině. Celé je přečetl z papíru a až při dotazech ostatních pacientů se rozhovořil o svých pocitech. Byla mu poskytnuta podpůrná zpětná vazba s důrazem na prosazování svých potřeb a přání.

9.5. Další dokumenty

Krom životopisu napsal Petr také tzv. terapeutický dopis (tj. dopis, který není určen k reálnému odeslání adresátovi) své mladší dceři. V něm dceru ujišťuje, že i přes velké problémy, které s ní byly, ji stále má velmi rád a ve všem jí pomůže. Také doufá, že si dcera uvědomí, že nejdůležitější pro ni je láska rodiny a přátel a pomůže jí to zapomenout na „toho šmejda“.

Pod dopisem je také katastrofický scénář, ve kterém dceru varuje, že pokud se vrátí k drogám, už pro ni nebude úniku, problémy se jen zhorší a ona přijde o vše hezké a šťastné. Také jí hrozí vážné a nevyléčitelné nemoci, které jí mohou zničit život. Scénář

končí větou: „Je velice pravděpodobné, že když neskončíš s braním drog, vybere si život tu nejkrutější daň“ a následuje množství otazníků a vykřičníků.

9.6. Cíle léčby

Petr také v průběhu léčby plánoval s ošetřující lékařkou své cíle, které následně společně hodnotily.

Cíle léčby byly následující (pozn. číslo za každým bodem znamená zhodnocení, na kolik se podařilo daný cíl dodržet):

1. Být schopen dodržovat denní režim (chodit spát max. do 23 hodin a vstávat nejpozději v 7, nespát přes den, pravidelně zdravě jíst, brát léky ve správnou dobu, dostatečně pít, denně jít ven) – minimálně po dobu docházky. **90%**
2. Alespoň dvakrát týdně se vystavit nějaké expozici na uzavřený prostor, neznámé místo či samotu bez zabezpečovacího chování- celkem minimálně po dobu 14 dní. **85%**
3. Vytvořím si vlastní speciální KPZ 1 – na své poklesy nálady, pocity osamění a zbytečnosti a pravidelně ji používám minimálně po dobu 14 dní. **75%**
4. vytvořím si vlastní speciální KPZ 2 – na tělesné úzkostné příznaky a pravidelně ji používat minimálně po dobu 14 dní. **75%**
5. Vytvořím si vlastní speciální KPZ 3 – na únavu a pravidelně ji používat minimálně po dobu 14 dní. **75%**
6. Zlepšit komunikaci s manželkou (vydržet se nehádat, zkusit si domluvit společný čas, apod.) – minimálně po dobu docházky. **70%**
7. na všech zdejších programech i doma trénovat věcné a stručné vyjadřování (bez úvodů, omáček, odboček, vysvětlování či vracení se) – minimálně po dobu docházky. **100%**
8. Vydržet se celý týden ani jednou neomluvit. **95%**
9. Alespoň jedenkrát týdně oslovit někoho ze svých přátel, známých nebo vyzkoušet jednu novou příjemnou aktivitu – minimálně po dobu docházky. **90%**
10. Každý den budu alespoň 30 minut trénovat na něčem soustředění (učení, opakování KBT, apod.) – celkem minimálně po dobu tří týdnů. **80%**
11. Denně si večer sepišu alespoň 5 povedených věcí – celkem minimálně po dobu dvou týdnů. **75%**

12. Alespoň pětkrát se vystavit expozici na ztrátu kontroly. **80%**
13. Napsat alespoň pět katastrofických scénářů. **90%**
14. Obden se alespoň na 10 minut vystavit svému strastiplnému času (obsesím a jiným automatickým negativním myšlenkám) a po zbytek dne takové pocity a myšlenky zastavovat a odkládat – trénovat minimálně po dobu tří týdnů. **85%**
15. Zvyšovat svou tělesnou kondici pravidelným cvičením (ráno 10minut rozcvička, denně 30 minut chůze s hůlkami) – celkem minimálně po dobu docházky. **90%**
16. Naučit se plánovat si čas (se správným výběrem priorit) – celkem po dobu 4 týdnů. **80%**

Petr každý týden svůj plán hodnotil a upravoval. Také si naplánoval „superexpozici“, což bylo:

- „vyřešení problému“ – zkontaktování rodiny bývalého přítele své dcery
- dopis dceři
- katastrofický scénář pro dceru (viz výše)

Nad to si také udělal plán na následující měsíc a rok. Roční plán vypadal následovně:

- **osobní rozvoj:** dodržování denního režimu, opakování KBT
- **pracovní:** nastoupit co nejdříve do práce
- **rodinné:** stmelit rodinu, začít normálně žít
- **vztahy:** narovnat vztahy s rodinou a nejbližšími přáteli
- **zájmy:** znovu obnovit zájem o společenský život

9.7. Výsledky léčby

Následující tabulka ukazuje vývoj na sebeposuzovacích škálách deprese a úzkosti:

týden	BDI	BAI
I	28	31
II	25	36
III	21	33
IV	16	29
V	18	33
VI	18	33
VII	20	33

Dále Petr na začátku a na konci vyplnil dotazník kvality života. Na začátku s výsledkem **40**, na konci **43**.

C. DISKUZE

Účelem této práce bylo na velmi omezeném prostoru popsat typický vzorek pacientů s úzkostnými poruchami a jejich léčbu v denním stacionáři úzkostných poruch Národního ústavu duševního zdraví a zhodnotit účinnost zde používané léčebné metody: kognitivně-behaviorální terapie.

Z uvedených dat vyplývá, že došlo k ústupu úzkostné a depresivní symptomatiky, kdy na sebehodnoticích škálách pacienti uvedli, že u nich došlo ke zmírnění projevů úzkosti (BAI) v průměru o **49,74%**, respektive deprese (BDI) o **41,34%**. Také hodnocení kvality života (WHOQoL) se během léčby zlepšilo, a to **28,20%** na konci léčby oproti jejímu zahájení. Také z dalších použitých metod – dotazníku očekávání od léčebné intervence a výsledného zhodnocení, jak byla tato očekávání naplněna a dále strukturovaných rozhovorů vyplývá, že u většiny pacientů došlo ke zlepšení jejich psychického stavu. Přesto, že v dotazníkovém šetření bylo zjištěno, že očekávání pacientů od léčby byla mírně vyšší než jejich následné naplnění a i přesto, že někteří ve strukturovaných rozhovorech uváděli své výhrady vůči léčebnému programu, jednalo se spíše o kritiku formálních nedostatků programu a obavy z udržitelnosti výsledných metod v samostatném životě, většina pacientů i v těchto výzkumných metodách potvrdila, že jim léčba přinesla zlepšení jejich obtíží. Z uvedeného lze považovat kognitivně-behaviorální terapii, která je ústřední léčebnou metodou v denním stacionáři úzkostných poruch NUDZ, za efektivní.

Uvedená kazuistika však ilustruje jedno z úskalí použitých výzkumných metod, které jsou výhradně **sebeuposuzovací**. Na příkladu jednoho z pacientů je patrné, že někdy výsledná čísla nemusí dokladovat skutečné zlepšení či naopak setrvání, resp. zhoršení pacientových potíží. V případě použití sebeuposuzovacích škál a dalších takto zaměřených metod vstupují do výzkumu další faktory, a to např. osobnostní charakteristiky respondentů. Zatímco někteří mají v povaze své problémy poněkud zveličovat a případné zlepšení přehlížet přesto, že došlo k objektivnímu ústupu obtíží, pozorovatelnému např. na fyzických projevech úzkosti (svalová tenze, třas rukou, insomnie) jako to bylo v případě pana Petra v uvedené kazuistice, jiní však mohou např. pod sociálním tlakem a vlivem své navyklé poslušnosti popisovat zlepšení, ač k němu objektivně nedošlo.

Dále bych zde ráda popsala zajímavá zjištění, pro která však již vzhledem k limitům této práce nebyl prostor, abych je dále rozpracovala, která však mohou být cenným podnětem pro další výzkum v této oblasti.

Protože pacienti často uváděli své obavy z udržitelnosti dosažených dovedností v každodenním životě i vzhledem ke klinické zkušenosti, považuji za potřebné zde zdůraznit nutnost pokračování výzkumu v této oblasti, a to se zvláštním zřetelem na zhodnocení efektivity použité terapeutické metody v **dlouhodobém měřítku**, např. s ročním odstupem od léčby.

Během výzkumu jsem mimo zde uvedených metod sbírala také data o **osobnosti pacientů** a to pomocí dotazníku BFI 44 (Big five inventory – 44 položek). Vzhledem ke složitosti vyhodnocení i omezenému prostoru jsem se však rozhodla získaná data zde nepoužít. Pro další výzkum však považuji za velmi přínosné data o osobnostních specifikách pacientů s úzkostnými poruchami dále sledovat, a to proto, aby bylo možné predikovat, který typ osobnosti je náchylnější k tomu, aby se u něj objevily úzkostné potíže, ale i proto, aby bylo možné zhodnotit, které osobnostní vlastnosti pomáhají v následné léčbě.

Vzhledem k omezenému prostoru i poměrně malému vzorku respondentů jsem také vynechala zhodnocení některých informací, zjištěných z chorobopisů pacientů, které však považuji za hodné pozornosti. Za podstatný považuji např. fakt, že zjištěný průměrný **Body Mass Index** ve zkoumaném vzorku (25,34) spadá do pásma nadváhy. Vzhledem k tomu, že z váhy nad normou lze predikovat rozvoj dalších fyzických obtíží (diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, apod.) i zhoršené sebehodnocení pacientů, připadá mi podstatné se tímto faktorem dále výzkumně zabývat a také vyvodit závěry pro následnou klinickou praxi.

Zajímavé informace přinášejí také získané **demografické údaje**. Podnětem pro další výzkum by mohlo být např. porovnání účinnosti KBT u úzkostných poruch např. z hlediska pohlaví, věku, konkrétního typu úzkostné poruchy a přidružených obtíží či poruchy osobnosti. Neméně podstatný faktor, hrající roli v účinnosti léčby, může být i počet let od prvního kontaktu s psychiatrickou péčí, počet a typ předchozích léčebných intervencí i to, zda se pacient momentálně léčí formou docházky do denního stacionáře, či je hospitalizován na příslušném oddělení.

Vzhledem k tomu, že po skončení své výzkumné práce jsem zjistila, že jedna z pacientek stacionáře ukončila v průběhu léčby svůj život sebevraždou a také vzhledem k časté komorbiditě úzkostných poruch s depresivní symptomatikou i nezanedbatelně vysokým výskytem sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd v rodinných anamnézách pacientů, považuji za klíčové výzkumné zhodnocení **suicidality** pacientů s tímto typem poruch, které by mohlo pomoci předejít těmto tragickým událostem v klinické a terapeutické práci.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá efektivitou kognitivně-behaviorální terapie, používané k léčbě pacientů s úzkostnou poruchou v denním stacionáři Národního ústavu duševního zdraví.

V **teoretické části** jsem shrnula současný stav poznání na tomto poli výzkumu: popsala jsem historický vývoj přístupu k lidem s tímto typem onemocnění a jejich léčbu, vysvětlila diagnostická kritéria jednotlivých úzkostných poruch s nejčastějším výskytem v léčebném stacionárním programu dle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí a dále uvedla informace o léčbě, a to jednak pomocí psychofarmak běžně užívaných u této skupiny pacientů, tak také kognitivně-behaviorální terapie, která ve vědeckých výzkumech dlouhodobě vykazuje nejlepší terapeutický efekt na tuto skupinu a nadto se využívá právě v denním stacionáři NUDZ. Praktické použití metod KBT jsem ilustrovala na příkladu sociální fobie, která má dle citovaných výzkumů nejvyšší prevalenci v populaci. Dále jsem popsala standardní týdenní program ve stacionáři, jak jsem jej sama zažila při své stáži v NUDZ.

V **metodologické části** jsem zhodnotila zjištěné závěry svého výzkumu. Na vzorku 47 pacientů s úzkostnou poruchou z celkem tří běhů sedmitýdenního stacionárního programu jsem ilustrovala jednak to, co tuto skupinu charakterizuje a také jsem dokladovala účinnost používané léčebné metody.

Nejprve jsem zhodnotila demografické údaje, které jsem získala z chorobopisů pacientů. Informovala jsem o skladbě vzorku dle věku, pohlaví, nejvyššího dosaženého vzdělání, rodinného stavu, počtu dětí a skóre v BMI, ale také z hlediska primární i komorbidní poruchy či přidružené poruchy osobnosti, dále doby od prvního kontaktu s odbornou psychiatrickou péčí, počtu a typu případných předchozích intervencí i typ intervence současné a také případného výskytu psychických obtíží v rodinné anamnéze.

V další části jsem zhodnotila výsledky použitých výzkumných metod, a to Beckova inventáře úzkosti a deprese (BAI, BDI), hodnocení kvality života (WHOQoL) a dále strukturovaných rozhovorů s pacienty a dotazníku očekávání od léčby a následně zhodnocení jejich naplnění. Zjistila jsem, že došlo k velkému snížení projevů úzkosti (BAI) – o **50%**, respektive deprese (BDI) o **41%** a také ke zlepšení hodnocení kvality vlastního života (WHOQoL) o **28%**. Ve strukturovaných rozhovorech jsem kromě dalších cenných informací o zkoumané skupině zjistila, že pacienti popisují zlepšení svého stavu

díky použité léčebné metodě. I z dotazníkového šetření, ve kterém pacienti vyjadřují svá očekávání od léčby a na konci programu hodnotí, nakolik byla naplněna, vyplývá, že přes některé výhrady k organizaci stacionárního programu pacienti sdělují, že jim léčba pomohla. Z výše uvedených důvodů jsem zkonstatovala, že metodu KBT, používanou ve stacionáři k léčbě pacientů s úzkostnými poruchami, lze považovat za efektivní.

V závěru metodologické části jsem demonstrovala způsob léčby v NUDZ i její výsledky na kazuistice jednoho z pacientů.

V **diskuzi** jsem nejprve konstatovala jisté limity použitých metod i vybraného výzkumného vzorku, které mohou mít vliv na skutečnou platnost získaných závěrů. Upozornila jsem zvláště na fakt, že využití sebesposuzovacích metod jako výzkumného nástroje může být ovlivněno řadou intervenujících proměnných, jako např. osobnostní specifika a návyky respondentů, což může vést ke zkreslení zjištěných závěrů oproti skutečnosti.

Dále jsem popsala zajímavá zjištění, která jsem však již vzhledem k limitům této práce zde neprezentovala, ale která mohou sloužit jako inspirace pro další výzkum v této oblasti. Zdůraznila jsem nutnost dále zkoumat tuto skupinu s akcentem na zhodnocení efektivity KBT metod v dlouhodobém měřítku. Vyslovila jsem názor, že zařazení osobnostních testů do výzkumu by mohlo přinést zajímavé a přínosné závěry o typickém osobnostním profilu v této skupině osob. Dále jsem zopakovala své zjištění, že BMI ve zkoumaném vzorku se pohybuje nad normou, tj. v pásmu nadváhy, a popsala jsem význam dalšího zkoumání této proměnné u vybrané skupiny osob, které by mohlo přinést cenné informace, dále uplatnitelné v léčebné praxi. Také jsem konstatovala, že další poutavé výsledky by mohlo přinést porovnání efektu KBT u jednotlivých demografických skupin, tj. srovnání např. dle pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, ale i konkrétní primární i přidružené diagnózy, apod. Na závěr jsem podtrhla nutnost se v dalších výzkumech zabývat suicidalitou u této skupiny pacientů.

Seznam použité literatury

Beck, JS. (2011): *Cognitive behavior therapy : basics and beyond*. NY: The Guilford Press.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV- TR) (2000). Arlington

Ferjenčík, J.(2010): *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

Kosová, J. (2010): Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*.

Kosová, J. (2011): Léčba úzkostných poruch. *Psychiatrie*.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (1996). Praha: Psychiatrické centrum Praha

Pitáková, J., Maliňáková, J., Preiss, M., Kosová J. (2016): Dlouhodobá efektivita kognitivně-behaviorální terapie rok od léčby v denním stacionáři u pacientů s úzkostnými poruchami. *Psychiatrie*

Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.

Praško, J., Kamarádová, D. (2012). Kognitivně behaviorální terapie panické poruchy. *Psychiatrie pro praxi* , stránky 174 - 181.

Praško, J., & Kosová, J. (1998). *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton.

Praško, J., Kosová, J., Pašková, B., Seifertová, D. *Sociální fobie a její léčba. Příručka pro vedení terapie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998.

Praško, J., Možný, P.(1999): *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton

Raboch, J., Pavlovský, P., & kolektiv. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Online zdroje

<http://www.nudz.cz/lecebna-pece/oddeleni-1/profil/>

<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/obsedantne-kompulzivni-porucha-a-jeji-lecba-454083>

<http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obsedantne-kompulzivni-porucha-130404>

Přílohy

- 1) Strukturovaný rozhovor – otázky
- 2) Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (BDI)
- 3) Beckova sebeposuzovací stupnice úzkosti (BAI)
- 4) Dotazník kvality života WHOQoL

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR - otázky

1. Do jaké míry věříte metodě KBT, která se ve stacionáři používá?
2. Jak velká je Vaše motivace k uzdravení?
3. Máte partnera/partnerku? Jste ve vztahu spokojený?
4. Bydlíte ve městě nebo na vesnici?
5. Máte koníčky?
6. Máte domácího mazlíčka?
7. Domníváte se, že jste člověk, který má problém vycházet s autoritami?
8. Jakým směrem jste spíše zaměřený? Humanitně nebo technicky?
9. V zaměstnání trávíte většinu svého času v kanceláři nebo venku? Jaké jste měl směny předtím, než se objevily potíže?
10. Řekl byste o sobě, že máte chuť pracovat?
11. Řekl byste o sobě, že jste ve své profesi úspěšný?
12. Máte potřebu se ve své pracovní oblasti rozvíjet?
13. Rozdělte 100% mezi tyto 3 položky – RODINA, PRÁCE, VOLNÝ ČAS. – nyní + ideálně
14. Nakolik se ztotožňujete s následujícími výroky:
 - Vím, co chci od života a jdu si za tím? Nevím, co chci od života?
 - Žiji svůj život podle toho, co se ode mě očekává (podle společnosti, ve které žiji).
 - Dělám v životě jen to, co musím (co bych měl) a ne to, co chci já sám.
 - Záleží mi více na tom, co si o mně myslí druzí, než co si o sobě myslím já sám.

Beckova sebesposuzovací stupnice deprese (BDI)

1. Nálada

- 0 Nemám smutnou náladu
- 1 Cítím se poněkud posmutnělý, sklíčený
- 2 Jsem stále smutný nebo sklíčený a nemohu se z toho dostat
- 3 Jsem tak smutný nebo nešťastný, že už to nemohu snést

2. Pesimismus

- 0 Do budoucnosti nepohlížím nijak pesimisticky nebo beznadějně
- 1 Poněkud se obávám budoucnosti
- 2 Vidím, že se už nemám na co těšit
- 3 Vidím, že budoucnost je zcela beznadějná a nemůže se zlepšit

3. Pocit neúspěchu

- 0 Nemám pocit nějakého životního neúspěchu
- 1 Mám pocit, že jsem měl v životě více smůly a neúspěchu než obvykle lidé mívají
- 2 Podívám-li se zpět na svůj život, vidím, že je to jen řada neúspěchů
- 3 Vidím, že jsem jako člověk (otec, manžel apod.) v životě zcela zklamal

4. Neuspokojení z činnosti

- 0 Nejsem nijak zvlášť nespokojený
- 1 Nemám z věcí takové potěšení, jako jsem mívával
- 2 Už mne netěší skoro vůbec nic
- 3 Ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

5. Vina

- 0 Necítím se nijak provinile

- 1 Občas cítím, že jsem méněcenný, horší než ostatní
- 2 Mám trvalý pocit viny
- 3 Ovládá mne pocit, že jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý člověk

6. Nenávist k sobě samému

- 0 Necítím se zklamán sám sebou
- 1 Zklamal jsem se sám v sobě
- 2 Jsem dost znechucen sám sebou
- 3 Nenávidím se

7. Myšlenky na sebevraždu

- 0 Vůbec mi nepřijde na mysl, že bych si měl něco udělat
- 1 Mám někdy pocit, že by bylo lépe nežít
- 2 Často přemýšlím, jak spáchat sebevraždu
- 3 Kdybych měl příležitost, tak bych si vzal život

8. Sociální izolace

- 0 Neztratil jsem zájem o lidi a okolí
- 1 Mám poněkud menší zájem o společnost lidí než dříve
- 2 Ztratil jsem většinu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní
- 3 Ztratil jsem veškerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít 10

9. Nerozhodnost

- 0 Dokážu se rozhodnout v běžných situacích
- 1 Někdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí
- 2 Rozhodování v běžných věcech mi dělá obtíže
- 3 Vůbec v ničem se nedokážu rozhodnout

10. Vlastní vzhled

- 0 Vypadám stejně jako dříve
- 1 Mám starosti, že vyhlížím staře nebo neatraktivně
- 2 Mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3 Mám pocit, že vypadám hnusně až odpudivě

11. Potíže při práci

- 0 Práce mi jde od ruky jako dříve
- 1 Musím se nutit, když chci něco dělat
- 2 Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal
- 3 Nejsem schopen jakékoliv práce

12. Únavnost

- 0 Necítím se více unaven než obvykle
- 1 Unavím se snáze než dříve
- 2 Všechno mne unavuje
- 3 Únava mne zabraňuje cokoli udělat

13. Nechutenství

- 0 Mám svou obvyklou chuť k jídlu
- 1 Nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval
- 2 Mnohem hůře mi teď chutná jíst
- 3 Zcela jsem ztratil chuť k jídlu

Hodnocení:

0 - 8 eventuálně 9 Norma, 9 - 24 Lehká až střední deprese, 25 a více Těžká deprese

Beckova sebesouzovací stupnice úzkosti (BAI)

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 21 položek.		Vůbec		Mírně Moc mě to nerušilo		Středně Bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet.		Vážně Stěžím si, že jsem to vydržel(a).
1. Mrtvění nebo	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
2. Pocit horka	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
3. Vratkost nohou	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
4. Neschopnost odpočinku	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
5. Strach z nejhorší	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
6. Závrať nebo pocit na	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
7. Bušení srdce, zrychlený	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
8. Neklid	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
9. Zděšení	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
10. Nervozita	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
11. Pocit dušnosti	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
12. Chvění rukou	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
13. Třes	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
14. Strach ze ztráty	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
15. Namáhavé dýchání	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
16. Strach ze smrti	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
17. Panika	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
18. Trávicí potíže nebo	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
19. Pocit na omdlení	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
20. Zarudnutí v obličeji	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
21. Pocení	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	